

Der lebensverlängernde Effekt der Chemotherapie und der Psychotherapie war damit – jeder für sich – statistisch sicherbar. Sicherbar war darüber hinaus der synergistische – also zusammenwirkende – Effekt der Kombination aus Chemo- und Psychotherapie. Damit war zum ersten Mal gezeigt, daß sich eine Psychotherapie positiv auf die Lebenserwartung einer schwerkranken Krebspatientin auswirkt.

Kritiker könnten nun einwerfen, daß dieser lebensverlängernde Effekt der Psychotherapie lediglich ein „Plazebo-Effekt“ ist – ein Effekt, der dadurch

zustande kommt, daß eine Patientin durch die Psychotherapie ein Mehr an Zuwendung erfährt, daß aber nicht die spezielle Therapie, sondern lediglich die Zuwendung bei ihr sich positiv ausgewirkt hat. Mit anderen Worten: Nicht die professionelle Therapie, sondern ein bißchen Zuspruch – von wem auch immer – hat im Falle eines Plazebo-Effekts diese Patientinnen länger leben lassen.

Da ich diesen Einwand bereits vor Beginn der Studie selbst hatte, habe ich versucht, ihn durch die Anlage der Studie zu entkräften. Deshalb erhielten

nicht alle 50 Patientinnen denselben Typ von Psychotherapie, sondern verschiedene Varianten.

Die Aufteilung der 50 Patientin auf eine der drei Psychotherapieformen geschah rein zufällig. Alle drei Therapieformen umfaßten denselben Zeitraum, nämlich 30 Doppelstunden. „Zuwendungszeit“ war somit bei den drei Therapievarianten gleich. Die Unterschiede in der Überlebenszeit zwischen Patientinnen, die unterschiedliche Therapieformen erhalten hatten, konnten nunmehr nur auf die Art der Therapie zurückgeführt werden.

Bevor ich jedoch über die Ergebnisse berichten kann, muß ich kurz etwas zu den drei Therapieformen sagen, vor allem zu derjenigen, die ich selbst entwickelt habe – dem Autonomie-Training.

Fast alle Therapieformen, die bisher entwickelt wurden, gehen von einem deutenden Ansatz des Therapeuten aus: Der Patient wird befragt, oder erzählt von sich aus über die Probleme, die ihn beschäftigen. Anschließend deutet der Therapeut – je nach psychologischer Schule, der er angehört – die Probleme des Patienten aus. Das entscheidende Moment dabei ist, daß der Therapeut dem Patienten das Ergebnis seiner Analyse direkt oder indirekt mitteilt, für den Patienten Therapieziele festlegt und auch die Methoden sucht, mit deren Hilfe in der Therapie das Ziel erreicht werden soll.

Der Ansatz des Autonomie-Trainings ist ein ganz anderer: Wie der Name schon sagt, soll diese Therapie die Eigenständigkeit, die Autonomie des Patienten stärken helfen, etwa indem es die Selbstheilung anregt. Ich habe verzichtet auf jegliche Ausdeutung der Probleme der Patienten. Der Patient soll in Gesprächen seine Problemlage selbst erkennen, anschließend soll er eigenständig die Ziele der Therapie bestimmen, und er soll auch selbst die Methoden wählen, mit denen er diese Ziele zu erreichen wünscht.

Beim Autonomie-Training erzieht der Patient in der Regel soviel über sich, wie er will. Der Therapeut geht vorsichtig zur Frage über, was der Patient selbst will und zu tun gedenkt. Der Therapeut bietet weder Hilfe noch übernimmt er eine direkte Rolle. Im Anschluß informiert

## »Viele Mediziner wollten davon nichts wissen«

Mit Professor Norbert Bischof vom Psychologischen Institut der Universität in Zürich sprach bild der wissenschaft-Redakteur Rolf Andreas Zell

**bild der wissenschaft:** Sie kennen Dr. Grossarth-Maticek seit vielen Jahren. Unter seinen Kollegen in Deutschland gibt es eine Reihe von Kritikern, die ihm vorwerfen, seine Schlußfolgerungen seien von seinem Datenmaterial nicht gedeckt. Stimmt das?

**Bischof:** Wir haben hier am Zürcher Institut einen Teil seiner Arbeiten kontrolliert. Davon hat Herr Grossarth-Maticek in seinem Beitrag berichtet. Und für den Teil der Arbeiten, die wir geprüft haben, trifft dieses negative Urteil nicht zu.

Im Gegenteil: Wir haben seine Behauptungen bestätigt gefunden. Zu anderen Aspekten seiner Arbeit kann ich mich natürlich nicht äußern, weil ich diese nicht so gut kenne. Aber ich habe keinen Grund, dort anderes zu vermuten.



Prof. Norbert Bischof

**bild der wissenschaft:** Was ist Ihrer Meinung nach das Interessanteste an dem Ansatz, den Herr Grossarth-Maticek verfolgt? Wo liegt sein Verdienst?

**Bischof:** In einem Ansatz, der mir – ich komme von der Ethologie zur Psychologie – sehr vertraut ist. Er beginnt seine Arbeit in konkreter Kontaktnahme zur Realität, um anschließend Hypothesen zu bilden.

Erhuldigt nicht dem eigenartigen, aber weit verbreiteten Wissenschaftsverständnis, daß die Dinge erst so abstrakt wie möglich formuliert werden müssen und auf so wenige Faktoren wie möglich reduziert werden müssen, bevor sie als wissenschaftlich gelten können.

**bild der wissenschaft:** Für den gesunden Menschenverstand ist es eigentlich kein überraschendes Ergebnis, daß psychische Komponenten Einfluß auf die körperliche Gesundheit ausüben. Wozu dann eigentlich derart langwierige und methodisch komplizierte Studien anstellen?

**Bischof:** Das ist nicht nur eine Frage des gesunden Menschenverstandes. Wenn man dieses Problemfeld von der Hirnphysiologie her betrachtet, dann reduziert sich der Begriff „Psychosomatik“ auf die Frage: Gibt es Zusammenhänge zwischen den Stammhirn-Bereichen, in denen die Motivzentren des Menschen liegen, und dem Immunsystem? Und von solchen Zusammenhängen werden beinahe täglich mehr entdeckt. Es ist also längst nicht mehr so, daß man das Vorhandensein solcher Zusammenhänge beweisen müßte.

**bild der wissenschaft:** Gut, dann bleibt die Frage: Was ist das wirklich Neue an den empirischen Studien, die Dr. Grossarth-Maticek vorgelegt hat?

**Bischof:** Was mir an seiner Arbeit gut gefällt, ist, daß sie sich nicht in vagen und allgemeinen Begriffen bewegt. Das Bild, das er von der „Krebsmentalität“ entwirft, ist erstaunlich differenziert. Deshalb muß es natürlich noch nicht stimmen, aber jedenfalls verzichtet er auf den Trick, sich hinter zwar unangreifbare, aber völlig nichtsagende allgemeine Begriffe zurückzuziehen, so wie es manche seiner Kollegen tun.

**bild der wissenschaft:** Unterstützen Sie seine Forderung, Krebspatienten zusätzlich zur medizinischen Therapie psychotherapeutisch zu behandeln?

**Bischof:** Da sprechen Sie ein sehr schwieriges Gebiet der Landespolitik an. Was Sie nämlich damit fordern, ist, daß der psychologisch arbeitende Forscher sich die Kompetenz herausnehmen sollte, dem Mediziner Ratschläge über den einzuschlagenden Heilungsweg zu geben. Und darauf reagieren nun die Kollegen von der Medizinischen Fakultät höchst unterschiedlich.

**bild der wissenschaft:** Können Sie in der Reaktion der Mediziner auf solche Forderungen einen Trend erkennen?

**Bischof:** Es gab sicherlich in der Vergangenheit eine Mediziner-Generation, die von solchen Dingen schlicht nichts wissen wollte. Manches spricht dafür, daß sich dies ändert. Aber in welchen Prozentsätzen und in welchen Zeiträumen das der Fall ist, das kann ich nicht beantworten.

Andererseits ist auch heute noch bei einigen Onkologen die Meinung verbreitet, daß die Psychologie ausschließlich dazu da sei, dem Schwerkranken das Sterben zu erleichtern. Und nun kommt jemand und sagt, daß eine psychotherapeutische Behandlung ihrerseits einen therapeutischen Wert hat.

Ich kann da eigentlich nur im Interesse der Patienten hoffen, daß standespolitische Erwägungen und Affekte, die bisher in der Beurteilung solcher Forderungen eine Rolle gespielt haben, in Zukunft weiter abgebaut werden.