

Präventive Verhaltensmedizin und multikausale Onkologie

Darstellung eines Forschungsprogramms

Einführung

Zurzeit gibt es umfangreiche Initiativen mit dem Ziel, präventive Studien zur Prävention von Krebserkrankungen durchzuführen. Dabei fällt auf, dass dieselben Zielsetzungen, die vor 30 Jahren dargestellt wurden, wiederholt werden. In den Vordergrund rücken die Ernährung, Bewegung, das Zigarettenrauchen, Aufforderungen zur Krebsvorsorge und die Sonnenbestrahlung. Obwohl die Aspekte wichtig sind, führen daraus abgeleitete Maßnahmen nicht zur Reduktion von Krebserkrankungen. Um präventive Effekte zu erzielen, bedarf es wesentlich differenzierterer und umfangreicherer Konzepte, vor allem solcher, die neben einer großen Anzahl physischer Risikofaktoren auch psychosoziale Aspekte einbeziehen, sodass zwischen beiden Synergieeffekte berücksichtigt werden können. Das Forschungsprogramm zur multikausalen Ursachenforschung und interaktiven Prävention entwickelte eigene theoretische Grundlagen, eine eigene Methode zum Nachweis mitursächlicher Zusammenhänge und erzielte beachtliche Ergebnisse. Das Forschungsprogramm ist geeignet, die bestehenden Maßnahmen zur Krebsprävention zu ergänzen.

Hier sollen die einzelnen Elemente dargestellt werden:

1. Es wurde eine Methode entwickelt und durchgeführt zum Nachweis mitursächlicher Zusammenhänge: die sog. prospektive Interventionsstudie mit Datenabgabe an kontrollierende Institute und Wissenschaftler, noch bevor die empirischen Ergebnisse vorliegen. Die Methode schließt jegliche Möglichkeit der Datenmanipulation aus.
2. Die klassische Epidemiologie ist monokausal ausgerichtet und erforscht in der Regel die Wirksamkeit eines Faktors (z. B. das Zigarettenrauchen für die Entstehung des Bronchialkarzinoms) und hält andere Wirkfaktoren statistisch konstant, um nachzuweisen, dass der erforschte Faktor noch immer wirksam ist, wenn die Wirkung anderer Faktoren berücksichtigt wurde. In unserer multikausalen Forschung wird eine große Anzahl von Risikofaktoren gleichzeitig berücksichtigt, um zwischen diesen Synergieeffekte für die Prädiktion nachzuweisen. Wenn z. B. 23 Wirkfaktoren für das Bronchialkarzinom berücksichtigt werden, können zwischen mehreren Faktoren Synergieeffekte auftreten, also überlineare Effekte. Auch die große Anzahl von Einzelfaktoren kann sich summieren in lineare Effekte. Dabei ist die Prädiktion weitgehend höher als bei Berücksichtigung eines Faktors. Auch bei präventiven Interventionen werden mehrere relevante Maßnahmen eingesetzt, die ebenfalls Synergieeffekte erzeugen und dabei ausgeprägte

präventive Effekte. So wird z. B. bei der Prävention des Bronchialkarzinoms das Autonomietraining, die Methode Modelllernen nach Bandura und eine lustbetonte Zigarettenentwöhnung in Kombination mit trizyklischen Antidepressiva eingesetzt (Amitriptylin).

3. Im multikausalen Forschungsprogramm wurde sowohl eine große Anzahl physischer Faktoren berücksichtigt als auch relevante psychosoziale Faktoren. Wenn psychosoziale Faktoren aus ideologischen Gründen, z. B. in der Krebsforschung, nicht berücksichtigt werden, dann schrumpft die prädiktive Potenz durch physische Faktoren um ein Vielfaches (auch umgekehrt). So wurden in der multikausalen Krebsforschung u. a. auch folgende psychosozialen Faktoren erfasst: Exponierendes Verhalten als Nichtbeachtung krankheitserzeugender Wirkungen wie z. B. das Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, Umweltgefahren. Ebenfalls erscheinen folgende psychosoziale Faktoren relevant: Dulden, Inkaufnehmen von Belastungen, Überforderungen durch negative Kommunikation mit einer Kompensation durch Suchtverhalten, z. B. Anstieg der gerauchten Zigaretten. Soziale Isolation durch Verlust symbiotischer Beziehungen und Bedürfnisse mit negativen Gefühlen und Erlebnissen (z. B. Zerrbilder) mit einer Kompensation durch eine hohe Dosis von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel.

Vorläufige Forschungsergebnisse:

4. In den bisherigen Auswertungen von prospektiven Interventionsstudien konnte folgendes gezeigt werden:

a) In allen Auswertungen von Subgruppen aus prospektiven Studien an ca. 38.000 Personen konnten Synergieeffekte zwischen physischen und psychosozialen Faktoren gezeigt werden. So z. B. bei Berücksichtigung von physischen Risikofaktoren (Zigarettenrauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel) und gleichzeitiger Berücksichtigung der o. g. psychosozialen Faktoren (durch Einsatz eines von Grossarth-Maticsek entwickelten Fragebogens) zeigen sich Synergieeffekte zwischen beiden Kategorien. Die physischen Faktoren sind um ein Vielfaches potenter für die Vorhersage einer Krebserkrankung, wenn auch die psychosozialen Wirkfaktoren ausgeprägt sind.

b) Die Kinder von prospektiv untersuchten Personen mit extremer familiärer Belastung für bestimmte Krebserkrankungen bekommen bedeutend mehr Krebs, wenn sie gleichzeitig die o. a. psychosozialen Faktoren aufweisen.

Tabelle : Familiäre Disposition für Bronchial CA im Verhältnis zu Dis- und Eustress

Anzahl: Familien Disposition für das Bronchial. CA	Distress		Eustress		Insgesamt	
	N	Bronchial CA N	N	Bronchial CA N	N	Bronchial CA N

1	26	10 (38,5%)	28	3 (10,7%)	54	13 (24%)
2	18	8 (44,4%)	13	4 (13,8%)	31	12 (38,7%)
3	5	4 (80%)	4	2 (50%)	9	8 (88%)
N	49	22 (44,9%)	45	9 (20%)	94	33(35,1%)

Die Tabelle zeigt, dass familiär belastete Personen für ein Bronchialkarzinom wesentlich häufiger die Grunderkrankung selbst bekommen wenn sie unter Dystress leiden.

c) Die Wirksamkeit jedes physischen Risikofaktors für die Entstehung bestimmter chronischer Erkrankungen ist maßgeblich vom Kontext anderer Risikofaktoren und vom Zusammenwirken mit psychosozialen Faktoren abhängig.

d) Die Datenabgabe nach der Datenerfassung an kontrollierende Wissenschaftler hat sich in einer Studie zur primären Prävention des Bronchialkarzinoms als effektiv erwiesen. Es wurden in einem Abstand von 10 Jahren an drei unabhängige Wissenschaftler die Daten der Untersuchung abgegeben mit der Bitte, nach 10 Jahren die Mortalität an Bronchialkarzinom unabhängig zu erfassen. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der mehrfachen Datenabgabe.

e) Multikausale Interventionen im sog. Expertensystem zeigen eine bestimmte prädiktive Wirkung.

VI. Randomisierte, präventive Interventionen, Ergebnisse

1. Das randomisierte Expertensystem zur primären Prävention von Krebserkrankungen

Es wurde ein randomisiertes Experiment durchgeführt. 800 Personen hatten am Selbsttraining teilgenommen und 800 Personen dienten als nicht behandelte Kontrollgruppe. Nach der Selbsttestung haben die Personen die eigenen Risikofaktoren identifiziert und die eigenen Trainingsmaßnahmen vorgeschlagen. Diese bestanden aus

- a) standardisierten Methoden: Autonomietraining
- b) selbstgewählten Zielen anhand der Methode des Modell-Lernens.

Nach der Datenerfassung und der Durchführung präventiv-therapeutischer Maßnahmen wurden nach vielen Jahren die Mortalität (Grunderkrankungen auf dem Totenschein) und die Inzidenz (eine bereits aufgetretene Grunderkrankung, aber noch lebend) erfasst. Die erste Darstellung der Ergebnisse bezog sich auf die

Mortalität, die tatsächlich bei trainierten Gruppen auf den ersten Anblick viel **niedriger** als bei den randomisierten Kontrollgruppen erschien. Erst bei der Berücksichtigung der erfassten Inzidenz zeigte sich die Lösung. In der behandelten Gruppe war die Inzidenz hochsignifikant größer als in der Kontrollgruppe und das heißt, dass in der Kontrollgruppe eine viel größere Anzahl an verstorbenen Personen auftrat als in der behandelten Gruppe. In dieser Gruppe wurde durch die Therapie nicht nur die Krankheit verhindert, sondern der Todeszeitraum hinausgezögert. Erst nach einigen Jahren in der zweiten Nachuntersuchung sind in der behandelten Gruppe mehr Personen verstorben, sodass es zu einem Ausgleich kam. Dieses Ergebnis wurde Professor Eysenck, Doktor Vetter und Charlie Spielberger mitgeteilt. Für Grossarth war es ein guter Anlass, die Daten zu verschlüsseln, z.B., weil eine große Anzahl wissenschaftlicher Institute hoch motiviert war, sich das Expertensystem für eigene Interessen anzueignen. Ohne die existierende Datenbasis von Inzidenzen war dieser Schritt nicht möglich.

Die folgende Tabelle zeigt die Zusammenhänge:

Mortalität unter Berücksichtigung der Inzidenz bei noch lebenden Personen.

Kontroll-Gruppe CA	Interventions-Gruppe CA	Zeitabstände der Befragung	Mortalität-Inzidenz CA	Verhältnis der Prozente
N = 801	N = 800			
162 20,2 %	86 10,7 %	Nach 10 Jahre	Mortalität-CA	1,9
51 6,3 %	+106 13,2 %		Inzidenz-CA	2
213 26,5 %	192 24,0 %		Mortalität+ Inzidenz CA	1,1
272 33,9 %	188 23,5 %	Nach 11 - 20 Jahren	Mortalität-CA	1,5
43 5,4 %	69 8,6 %		Inzident-CA	1,6
315 39,3 %	257 32,1 %		Mortalität+ Inzidenz CA	1,2

Alle Personen hatten ein hohes psychophysisches Risiko für Krebserkrankungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mortalität nach 10 Beobachtungsjahren in der Interventionsgruppe um die Hälfte geringer ist als in der Kontrollgruppe. Ebenfalls zeigt sich, dass in der Interventionsgruppe die Inzidenz durch Krebserkrankungen um die Hälfte häufiger ist als in der Kontrollgruppe. Das deutet dahin, dass die bereits erkrankten Personen durch die Intervention länger leben und somit in den ersten 10 Beobachtungsjahren nicht zur Mortalität beitragen.

In den nächsten 10 Beobachtungsjahren zeigt sich, dass die Inzidenzen in der therapierten Gruppe zwar immer noch höher sind als in der Kontrollgruppe, aber in einem wesentlich geringeren Ausmaß. Wenn die Mortalität und die Inzidenz zusammen berücksichtigt werden, dann zeigt sich eine wesentlich geringere Beeinflussung der Intervention zur Reduktion der Mortalität.

Tabelle

**Prospektive Interventionsstudie zur primären Prävention des Bronchialkarzinoms bei Berücksichtigung der mehrfachen Datenabgaben an kontrollierende Institute.
Heidelberger prospektive Interventionsstudien von 1976 bis 2007.**

		I: 1976 bis 1986				II: 1987 bis 1997				III: 1998 bis 2007				
		Männer				Frauen								
		Kontroll-Gruppe		Auton.-training		Kontroll-Gruppe		Auton.training						
I	201		I	125	57,6%	I	34	36,6%	I	30	34,1%	I	12	28,6%
II	215	Bronchial	II	84	38,7%	II	52	55,9%	II	52	59,1%	II	27	64,3%
III	24	CA	III	8	3,7%	III	7	7,5%	III	6	6,8%	III	3	7,1%
		440		217	49,3%		93	21%		88	20%		42	10%
I	16		I	4	33,3%	I	3	50,0%	I	3	50,0%	I	6	85,7%
II	14	Colon	II	8	66,7%	II	2	33,3%	II	3	50,0%	II	1	14,3%
III	1	CA	III	0	0,0%	III	1	16,7%	III	0		III	0	
		31		12	38,7%		6	19,4%		6	19,4%		7	22,6%
I	74		I	24	88,9%	I	12	57,1%	I	32	66,7%	I	6	54,5%
II	30	Rectum	II	3	11,1%	II	9	42,9%	II	13	27,1%	II	5	45,5%
III	3	CA	III	0	0,0%	III		0,0%	III	3	6,3%	III	0	0,0%
		107		27	25,2%		21	20%		48	45%		11	10%
I	29		I	7	38,9%	I	1	33,3%	I	20	48,8%	I	1	50,0%
II	25	Pankreas	II	9	50,0%	II	1	33,3%	II	15	36,6%	II	0	0,0%
III	10	CA	III	2	11,1%	III	1	33,3%	III	6	14,6%	III	1	50,0%
		64		18	28%		3	5%		41	64%		2	3%
I	0	Glio-	I	0	0,0%	I	0		I	0		I	0	
II	1	blastom.	II	1	100%	II	0		II	0		II	0	
III	0	CA	III	0		III	0		III	0		III	0	
		1		1	100%			0%			0%			0%
I	23		I	0		I	0		I	17	53,1%	I	6	35,3%
II	26	Mamma	II	0		II	0		II	15	46,9%	II	11	64,7%
III	0	CA	III	0		III	0		III	0	0,0%	III	0	
		49		0	0%			0%		32	65%		17	35%
I	99		I	68	39,8%	I	12	14,0%	I	12	14,0%	I	7	41,2%
II	233	Andere	II	100	58,5%	II	54	62,8%	II	74	86,0%	II	5	29,4%
III	28	CA	III	3	1,8%	III	20	23,3%	III	0	0,0%	III	5	29,4%
		360		171	48%		86	24%		86	24%		17	5%
I	99		I	228	51,1%	I	62	29,7%	I	114	37,9%	I	38	39,6%
II	233	CA	II	205	46,0%	II	118	56,5%	II	172	57,1%	II	49	51,0%
III	28	Ingesamt	III	13	2,9%	III	29	13,9%	III	15	5,0%	III	9	9,4%
		1052		446	42%		209	20%		301	29%		96	9%
I	257		I	76	33,5%	I	68	21,6%	I	14	27,5%	I	99	47,1%
II	415	Andere	II	101	44,5%	II	191	60,6%	II	36	70,6%	II	87	41,4%
III	131	Erkrankung	III	50	22,0%	III	56	17,8%	III	1	2,0%	III	24	11,4%
		803		227	28%		315	39%		51	6%		210	26%
I	699		I	304	45,2%	I	130	24,8%	I	128	36,4%	I	137	44,8%
II	959	Gesamt	II	306	45,5%	II	309	59,0%	II	208	59,1%	II	136	44,4%
III	197		III	63	9,4%	III	85	16,2%	III	16	4,5%	III	33	10,8%
		1855		673	36%		524	28%		352	19%		306	16%

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse eines randomisierten Experiments zur primären Prävention des Bronchialkarzinoms. Dabei ist die Konzentration auf die von uns entwickelte Methode der mehrfachen Datenabgabe nach erfolgter Datenerfassung und zum Zeitpunkt, an dem die Ergebnisse noch nicht bekannt waren.

Die erste Datenabgabe erfolgte an Prof. Voigt-Moykopf (Thoraxklinik Heidelberg), die zweite Datenabgabe an Prof. Jürgen Eysenck (Universität London) und die dritte an Prof. Petar Opalic (Universität Belgrad). Die gesamte Studie wurde von Herrn PD Dr. Hermann Vetter zusätzlich kontrolliert.

Alle drei Phasen der Kontrollen durch Datenabgabe wurden jeweils durch die damaligen Direktoren des Gesundheitsamtes Heidelberg kontrolliert.

Die Ergebnisse zeigen, dass in allen drei Kontrollphasen die Grunderkrankungen durch Bronchialkarzinom in den Kontrollgruppen bedeutend höher waren als in den Interventionsgruppen. Dies gilt auch für andere Grunderkrankungen.

Beurteilung des Forschungsprogramms zur multikausalen Präventivmedizin

1. Es liegen eine große Anzahl (mehr als 100) befürwortende ausführliche Gutachten von international führenden Wissenschaftlern vor (z. B. Prof. H.-J. Eysenck, Prof. George Freeman-Solomon, Prof. D. Kanazir, Prof. Jan Bastiaans, Prof. Helm Stierlin, Prof. Gotthard Schettler, Prof. Harald zur Hausen, Prof. R. Koselleck, Prof. W. Wittmann, Prof. Hans Schäfer, Prof. Norbert Bischoff, Prof. Peter Schmidt, Prof. R. Frentzel-Beyme). 2. Einige wenige Wissenschaftler (Prof. Amelang, Dr. van der Ploeg, Dr. A. Pelosi, Dr. David Marks) entwickelten koordiniert Aktionen zur völligen Diskriminierung und Vernichtung des gesamten Forschungsprogramms, indem sie falsche Behauptungen aufstellen, vor allem mit dem Ziel, die Kooperation zwischen dem weltberühmten Londoner Psychologen Hans-Jürgen Eysenck vom Institut für Psychiatrie der Universität London, dem Begründer der Verhaltenstherapie und meistzitierten Psychologen in der akademischen Welt, und Grossarth-Maticek zu diskreditieren. Die unwahren Behauptungen betreffen immer wieder dieselben Argumente, z. B. dass Eysenck und Grossarth-Maticek Repräsentanten der sog. krebsauslösenden Persönlichkeit sind. In Wahrheit sind wir die einzigen Wissenschaftler in der Welt, die aufgezeigt haben, dass psychosoziale Risiken ohne Berücksichtigung von physischen Risikofaktoren nur eine äußerst geringe und nicht signifikante Prädiktion für Krebserkrankungen aufweisen.

Möglichkeiten der Kooperation mit der naturwissenschaftlichen Medizin, besonders der Krebsforschung

Die Einbeziehung der Grossarth'schen Messinstrumente zur Prädiktion chronischer Erkrankungen und die Übernahme von multikausalen Interventionen ist in der Lage, die Effektivität der von präventiven Maßnahmen wesentlich zu verbessern.

Dr. med. Dr. phil. Dr. sci Dr. h. c. Ronald Grossarth-Maticek
Professor für postgraduierte Studien ECPD