Empfehlungen für die Umsetzung der PNI-Forschungsergebnisse in die onkologische Praxis

H.W.		Kappauf
W.E.		Büntig

Korrespondenzadresse: Dr. Herbert W. Kappauf, 5. Medizinische Klinik und Institut für Medizinische, Onkologie und Hämatologie, Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17

Die abschließende Arbeitssitzung hatte den Anspruch, als Abbild des gesamten Symposions, Experten aus Klinik und verschiedensten Bereichen der Grundlagenforschung in einem Panel zusammenzubringen. In zwei Beiträgen sollten Aspekte der Psychoneuroimmunologie aus Klinik und Forschung und deren Wertigkeit für die Fortentwicklung onkologischer Therapiekonzepte erläutert und zur Diskussion gestellt werden.

Frau Prof. Elena A. Korneva, Leningrad, betonte in ihrem Beitrag die Bedeutung des Gehirns für Immunfunktionen, die sie bereits vor Jahrzehnten in ihren bahnbrechenden Läsionierungsexperimenten [5] aufgezeigt hatte. Bei Mäusen berichtete sie nach Gehirnläsionen eine eindrucksvolle Schrumpfung des Thymus und eine Abnahme der Knochenmarksaktivität, die sich beispielsweise durch eine Verminderung der Koloniebildungsfähigkeit immunkompetenter Knochenmarkszellen zeigte.

Klinische Untersuchungen hätten andererseits gezeigt, daß nach Gehirnverletzungen schwere Infektionskomplikationen, besonders Pneumonien, geradezu typisch seien. Diese Pneumoniedisposition nach Gehirntraumen ließ sich auch im Tiermode bestätigen. Nach Korneva ist der größte Teil der Medikamentenentwicklung auf die Therapie von Infekten verschiedenster Art ausgerichtet. Es fehlen weitgehend Medikamente, die immunologische Störungen beseitigen und krankheitspräventiv eingesetzt werden können. Hier liege die Aufgabe und Bedeutung der PNI-Forschung in den nächsten Jahrzehnten. Immunologisch aktive Substanzen (UV-bestrahltes Blut, Interleukine, Met-Enkephalin) hätten in Tierversuchen und auch in ersten klinischen Anwendungen die Pneumoniehäufigkeit nach cerebralen Traumen deutlich gesenkt. Auch in vitro-Immunfunktionen, wie die Koloniebildungsfähigkeit von Immunzellen, seien verbessert worden. Die PNI-Forschung könne somit wichtige Ansätze für präventive Therapieansätze liefern, die vielleicht auch für die Onkologie relevant werden könnten.

Anschließend folgte ein Beitrag aus mehr klinischen Blickwinkeln von Dr. Alistair Cunningham vom Ontario Cancer Institute, Toronto. Cunningham hatte 20 Jahre als Immunologe gearbeitet, bevor er Psychologie studierte. Seit acht Jahren arbeitet er in Toronto von psychologisch/psychotherapeutischer Seite mit Krebspatienten. Über 700 Patienten und viele ihrer Angehörigen haben inzwischen an einem von ihm initiierten Programm teilgenommen, das Hilfestellungen in der Krankheitsauseinandersetzung und bei der Krankheitsbewältigung geben soll. Bei den meisten Teilnehmern konnte die Lebensqualität verbessert werden, eine Aussage darüber, ob durch die Teilnahme am Programm eventuell auch die Überlebenszeit verbessert wurde, ist noch nicht möglich.

Cunningham unterstreicht drei Richtungen zukünftiger Forschung:

Weitere randomisierte Studien sind notwendig, um eine Lebensverlängerung bei Krebspatienten durch psychotherapeutische Interventionen, psychosoziale Unterstützungsangebote oder Selbsthilfegruppenarbeit zu bestätigen. Zwei kontrollierte prospektive Studien haben eine solche Lebenszeitverlängerung durch eine psychosoziale Intervention berichtet [3, 4, 6]. Entscheidend für Cunningham ist aber nicht nur, daß Patienten durch derartige Interventionen länger leben, sondern warum dadurch die Überlebenszeit verlängert wird.

Trotz wissenschaftspuristischen Stirnrunzeln mancherseits sind deshalb auch phänomenologische Untersuchungen der Patienten sinnvoll, die unerwartete Remissionen oder einen unerwartet günstigen Krankheitsverlauf zeigen.

Es sind neue Anstrengungen in der medizinischen Theoriebildung notwendig, um psychologische Parameter aussage-relevant mit medizinischen Krankheitsverlaufsvariablen korrelieren zu können, da erst dann gezielte psychologische Interventionen möglich sein werden [1].

Wenn es durch supportive, psychosoziale oder psychotherapeutische Maßnahmen eine Lebensverlängerung bei Krebspatienten gibt, dann reicht ein mechanistisches, physiologisches Krankheitsmodell auch bei detaillierten Kenntnissen von psychoimmunologischen Verbindungen zum Verständnis der zugrundeliegenden Vorgänge nicht aus. Selbst die am häufigsten angeführte Korrelation zwischen unterdrückten Gefühlen und Krebs ist als lineare Ursache-Wirkungshypothese nicht in der Lage, die Patientenwirklichkeit genügend zu erfassen.

Cunningham bezieht sich in seiner Arbeit auf ein informationstheoretisches Medizinmodell, das den Patienten gleichzeitig auf jeweils übergeordneten Organisationsebenen beschreibt und das Hauptaugenmerk auf den Informationsfluß zwischen diesen Ebenen legt [2].

Die Organisationsebenen reichen von der Ebene des anatomischen Körpers mit Beschreibungsmöglichkeiten von molekularbiologischen bis makroskopisch anatomischen Strukturen über die Ebenen des bewußten und unbewußten Erlebens bis zu den übergeordneten Ebenen der sozialen Einbindung und existentiellen Selbstorientierung (Abb. 1). Mit den jeweils übergeordneten Organisationsebenen wächst das Maß an enkodierter Information. Gesundheit bedeutet in diesem Modell ein ungestörter Informationsfluß zwischen den Ebenen.

Veränderungen auf einer Ebene führen zwangsläufig zu Veränderungen auf allen anderen Ebenen. Krankheit ist somit kein rein somatisches Problem, sondern gleichzeitig mit der somatischen Beschreibung sind Beschreibungen auf allen anderen Ebenen zutreffend. Genauso sind

Empfehlungen für die Umsetzung der PNI-Forschungsergebnisse in die onkologische Praxis
43

Abb. 1. Krankheit als Störung des Informationsflusses zwischen den Organisationsebenen des Menschen (B) im Gegensatz zur Krankheitsauffassung einer rein somatischen Störung (A) nach Cunningham [2].

therapeutische Ansätze ebenfalls von allen Ebenen her möglich.

Dieses Medizinmodell entspricht einer Prozeßhypothese, die mit einem herkömmlichen reduktionistischen Wissenschaftsverständnis schwer zu untersuchen ist, da Beobachtungen durch das Fenster der Patientenwahrnehmung, einschließlich seiner subjektiven Attributionen, gemessen werden müssen. In diesem Prozeß sind nicht emotionale Parameter zu verschiedenen Zeitpunkten entscheidend, sondern die Veränderungen dieser Parameter sind selbst Parameter. Eine solche Studie, wie sie Cunningham vorsieht, wird nicht nur mit methodologischen

Schwierigkeiten zu kämpfen haben, sie bietet nach seiner Meinung aber die beste Aussicht, genauer zu beschreiben, was Patienten tun können, um an ihrer Gesundheit mitzuwirken. Die Diskussion im Panel und anschließend im Plenum bezog sich immer wieder auf die Probleme psychoneuroimmunologischer Forschung und auf die Unsicherheiten aus Einzelbefunden klinische Forderungen abzuleiten: Welche psychischen oder immunologischen Parameter sind wirklich relevant? Sind bei Interventionen jeglicher Art dadurch bewirkte physiologische Veränderungen interessant oder müssen eher die gleichzeitig ablaufenden Verhaltensmuster beachtet werden. Sind immunologische Reaktionen eine Art «Lügendetektor» bei gleichen Verhaltensmustern, denen eine eher entgegengesetzte Psychodynamik zugrundeliegt? Wie läßt sich das, was in der Arzt-Patienten-Beziehung passiert, wissenschaftlich evaluieren? Bei Krebskranken müßten Ärzte sich sicher davor hüten, «falsche» Hoffnung zu wecken, aber genauso deletär sie es, wenn sie «falsche Verzweiflung» auslösen würden.

Gewarnt wurde immer wieder davor, vorschnelle klinische Schlußfolgerungen aus immunologischen oder neurophysiologischen Einzelbefunden zu ziehen. Dies würde eine klinisch relevante Entwicklung der Psychoneuroimmunologieforschung behindern. Von verschiedenster Seite wurde aber immer wieder betont, daß in den zum Teil sehr kontroversen Diskussionen zwischen Klinikern und entweder biologisch oder mehr psychodynamisch geprägten Wissenschaftlern die eigentliche Bedeutung des Symposiums gelegen habe. Das schwierige und gleichzeitig stimulierende Bemühen, trotz unterschiedlicher Wissenschaftssprachen einen transdisziplinären Austausch zu versuchen habe bei manchen zwar Verunsicherung ausgelöst, vielfach aber auch die Einschätzung, mit dieser Konferenz habe ein Abschnitt Wissenschaftsgeschichte stattgefunden, der in regelmäßigen Folgekonferenzen fortgeschrieben werden sollte.

Literatur

Cunningham AJ: The influence of mind on cancer. Canad Psychol 1985;26:13–29.

Cunningham AJ: Information and health in the many levels of man. Advances 1986;3:32–45.

Grossarth-Maticcek R, Schmidt P, Vetter H, Arndt S: Psychotherapy research in oncology, in Steptoe A, Mathews A (eds): Health care and human behaviour. New York, Acad Press, 1984.

Kappauf HW, Gallmeier WM: Bei Krebs Gruppentherapie verordnen? Munch Med Wochenschr 1990;132:276–277.

Korneva EA, Khai LM: Effect of destruction of hypothalamic areas on immunogenesis. Fizio Zh SSSR Sechenov 1963;49:42.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemar HJ, Gottlieb E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989;334:888–891.