

Theoretische und klinische Aspekte des Placebo-Problems

Klaus Schonauer

Zusammenfassung

Der Placebo-Begriff rekurriert auf die Liturgie von Totenvespern im lateinischen Spätmittelalter. Zunächst in der höfischen Kultur und ab dem 18. Jahrhundert vornehmlich im medizinischen Kontext entwickelt er sich als Lehnwort zur – meist abwertenden – Bezeichnung professionellen oder zumindest kalkulierten Umgangs mit menschlichem Gefühl, schliesslich zur Enttarnung therapeutischer Aktivität, die dem Kranken «eher gefallen als nutzen» solle.

Die 1945 einsetzende Placebo-Forschung im engeren Sinn untersucht demografische und psychologische Determinanten desjenigen Anteils an arzneilichen Therapien, der nicht durch die Anwesenheit definierter Inhaltsstoffe erklärt werden kann. Die Wirksamkeit von Suggestions- und Lerneffekten wird im Rahmen dieser Bemühungen plausibel gemacht. Die Effektstärke der Anwendung von Leerpräparaten variiert mehr mit der experimentellen beziehungsweise der Untersuchungssituation als mit der Art des untersuchten Effekts.

Im Schlepptau der klinischen Pharmakologie führt das Placebo-Problem zu einem Kürzungsverfahren, der Doppelblindprüfung. Diese zielt auf die Differenzierung zwischen den mit einer therapeutischen Intervention zeitlich zusammenfallenden (koinzidenten) und den von ihr verursachten (kausalen) Veränderungen im Krankheitsverlauf.

Ausserhalb arzneilicher Therapien werden dazu analoge Verfahren entwickelt, die gezieltere Hypothesenprüfungen über die Wirksamkeit definierter Einzelelemente komplexer therapeutischer Interventionen ermöglichen.

Die Ebene der symbolischen Interaktion zwischen Behandler und Behandeltem ist der Austragungsort des Placebo-Problems in der therapeutischen Praxis. Placebo-Effekte werden hier kaum systematisch genutzt, sondern eher intentionsfern – als Not- oder Verlegenheitslösung – in Kauf genommen oder aber vollständig unbewusst hervorgerufen. Dem Versuch, diese Praxis zu kanonisieren, stehen die ethischen und legalen Komplikationen des «als ob» entgegen, schliesslich aber auch die Erfahrung, dass sich das therapeutische Potenzial von Placebo-Effekten einer vernunftgeleiteten Anwendung entzieht.

Einleitung

Der Hintergrund des Placebo-Begriffs ist wesentlich komplexer als es die augenfällige Evidenz von Placebo-Effekten im klinischen Alltag vermuten liesse. «Placebo» ist die erste Person Singular im Futur des lateinischen Verbs «placere», zu deutsch «(ich werde) gefallen», «wohlgefällig sein». Die Geschichte des Placebo-Begriffs beginnt im lateinischen Spätmittelalter. Sie wird hier begründet in dem Brauch, an der Gestaltung von Totenvespern professionelle Klageliedsänger zu beteiligen, die gegen einen Obolus mit den Hinterbliebenen – und zum Teil auch stellvertretend für sie – Trauer zum Ausdruck bringen sollten. In der Liturgie dieser Messfeiern spielte Psalm 116 eine bedeutende

Rolle, in dessen neuntem Vers es heisst: «Placebo Domino in regione vivorum», zu deutsch etwa «Ich werde dem Herrn gefallen im Lande der Lebenden».

Der professionelle oder zumindest kalkulierte Umgang mit menschlichem Gefühl, nicht selten in ruchbarer Nähe zur Prostitution, kristallisiert sich später in der höfischen Kultur des romanischen Sprachraums zur Hauptbedeutung des Begriffs heraus, wie sie etwa in der Redensart «chanter un placebo» im Sinne etwa von «jemanden einwickeln» ihren Ausdruck findet. Die Einbindung des Begriffs in den medizinisch-fachsprachlichen Kontext, in dem allein er bis heute gebräuchlich ist, entwickelt sich etwa im 18. Jahrhundert.

Heilkundliche Selbstkritik, Ent-Täuschung und die Eröffnung einer Restkategorie

Es wird leicht übersehen, dass sich eigentlich nur diejenige Heilkunde ein Placebo-Problem «leisten» kann, die eigene Möglichkeiten dazu bereit hält, selbstkritisch über die Prinzipien des in ihrem Inneren kanonisierten Handelns zu reflektieren. Die Einbindung des Placebo-Begriffs in den Kontext der aufklärungsbereiten Medizin des 18. Jahrhunderts markiert im Lichte dieser Überlegung einen Erkenntnisfortschritt, der im Hinblick auf die Frage, welche unter den als «therapeutisch» deklarierten und praktizierten Interventionen denn nun heilsam seien und welche nicht, zu einer *Ent-Täuschung* führen muss.

Nur ein Bruchteil der Pharmakopöe noch des 19. Jahrhunderts hätte eine empirische Überprüfung von Wirksamkeitsnachweisen nach heutigem Standard überstanden. Gleichwohl hatten sich aber die Zubereitungen der «konjekturalen», das heisst auf unüberprüfbarer Vermutung gegründeten Medizin als hinreichend heilsam erwiesen, um zumindest praktiziert zu werden, einen Berufsstand zu ernähren und auch die Vermehrung und Weitergabe von Erfahrungswissen zu befördern.

Die Empirisierung der Medizin von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an vergrösserte nun sowohl die Freiräume als auch die Notwendigkeit für Ent-Täuschungen der beschriebenen Art. Aber erst die in der organisch-chemischen Analytik verankerte Pharmakologie des 20. Jahrhunderts konnte Arzneimittelwirkungen in einer als empirisch erlebbaren Weise deuten und damit den pharmakologisch nicht erklärbaren Rest zum Untersuchungsgegenstand machen. Die Beobachtung, dass sich therapeutische Wirkungen vielfältiger Art zuverlässig mit definierten Inhaltsstoffen, regelmässig aber auch mit Interventionen erzielen liessen, die die Anwendung dieser Stoffe *bis auf die Präsenz der Stoffe selbst* in der Form von Leerpräparaten simulierten, führte zur Eröffnung einer Restkategorie, in der sich der Doppelblindversuch rasch und nachhaltig als eine Art Kürzungsverfahren in der Therapiefor- schung etablierte.

Die Frage, ob die im Inneren dieser Restkategorie beobachtbaren Phänomene einheitlicher Natur seien, entfachte in der bis in die Mitte der Sechzigerjahre sprunghaft sich entwickelnden Plazebo-Forschung beträchtlichen Enthusiasmus. Sie führte zu persönlichkeitspsychologischen und soziodemografischen Untersuchungen sowohl der Ärzte als auch der Patienten, in deren Interaktion sich Plazebo-Effekte beobachten liessen. Regelmässige Kirchgänger, schliesslich auch besonders suggestible Probanden erwiesen sich tendenziell als

empfänglicher für Plazebo-Effekte. Allerdings waren etwa die korrelativen Beziehungen zwischen dem Konstrukt der «Suggestibilität» und dem Ausmass erzielbarer Plazebo-Effekte bei weitem zu gering, um jene vornehmlich als Suggestionseffekte zu deuten. Dagegen sprachen auch die therapeutischen Effekte in nichtblinden Versuchsanordnungen, über die Probanden berichteten, die vollständig über den Plazebo-Charakter verabreichter Zubereitungen *aufgeklärt* worden waren.

Ausweitung auf nicht arzneiliche Therapien

Die erste systematisch betriebene Anwendung des Plazebo-Paradigmas auf heilkundlichen Feldern *ausserhalb* der klinischen Pharmakologie entwickelte sich in der Psychotherapieforschung. Sie ist hier als Ausdruck eines recht grundsätzlichen Orientierungsversuchs über die Wirkfaktoren von Psychotherapie zu verstehen, mithin also auch als eine Anknüpfung an den methodenkritischen Versuch, diejenigen Elemente einer als therapeutisch deklarierten Intervention, die heilsam sind, von denjenigen unterscheiden zu lernen, die als eine Art «Beiwerk» vom therapeutischen Prozess unabhängig zu sein scheinen. Gerade auf dem empirischer Betrachtung nur sehr schwer zugänglichen Gebiet der Psychotherapie zeigen sich die besonderen Möglichkeiten des Plazebo-Paradigmas für die Evaluation therapeutischer Bemühungen und der ihnen zugrunde liegenden Konzepte: Die Plazebo-«Perspektive» diszipliniert dazu, das hypothetisch wirk-same Agens sehr präzise und konkret einzugrenzen, denn andernfalls wäre es nicht möglich, seine Wirksamkeit im Rahmen einer plazebo-kontrollierten Versuchsanordnung zu überprüfen. Hierzu ist es nämlich erforderlich, zwei Behandlungssituationen zu definieren, die sich nur im Hinblick auf die An- und Abwesenheit dieses hypostasierten therapeutischen Agens unterscheiden. Das Plazebo-Paradigma leitet hier also dazu an, das

hypostasierte therapeutische Agens ähnlich umschrieben wie einen pharmakologisch definierten Inhaltsstoff zu präzisieren. Dass diese Aufgabe im Hinblick auf die Psychotherapie besondere Schwierigkeiten, aber auch Herausforderungen bietet, liegt auf der Hand. Diese Schwierigkeiten haben auch zu der Frage geführt, wie es möglich ist, für die Psychotherapie Analoga von «Leerpräparaten» zu formulieren, also Interaktionsformen zwischen Therapeut und Patient, die im psychotherapeutischen Sinne «un-spezifisch» sind.

Ohne damit eine Auf- oder Abwertung zu verbinden, kann man ganz grundsätzlich festhalten, dass diejenigen Heilmethoden, in denen individuelle Dispositionen eine besondere Rolle spielen – grob vereinfacht, aber sehr anschaulich könnte man sagen: Heilmethoden, bei denen «Intuition» gefragt ist –, traditionell eine gewisse Scheu gegenüber dem Plazebo-Paradigma entwickelt haben. Das Beispiel der Psychotherapieforschung zeigt aber, dass diese Scheu insofern unbegründet ist, als auch hier das Plazebo-Paradigma dazu anregen kann, konkrete Hypothesen über die Wirksamkeit bestimmter Einzelelemente von ursprünglich sehr komplexen Interventionen zu formulieren, diese zu überprüfen und so die Intervention transparenter und damit auf die Dauer auch effektiver zu machen.

Das Spezifitätsproblem

Die Möglichkeit experimenteller Wirksamkeitsnachweise führte zu einem Begriff, der in der Literatur zum Plazebo-Problem eine wichtige Rolle spielt und der, da er recht unreflektiert gebraucht wurde, zu grundlegenden Missverständnissen geführt hat. Es ist dies der Begriff der «Spezifität». Als «spezifisch» wurden diejenigen Effekte bezeichnet, die als Auswirkung eines therapeutischen Agens gedeutet werden konnten. Das Plazebo-Problem entwickelte sich im Wesentlichen aus der *Negation* dieses Spezifitätsbegriffs. Diejenigen koinzidenten Effekte, die sich nicht als Auswirkung

des hypostasierten therapeutischen Agens deuten liessen, wurden als unspezifische Effekte oder – weit gehend synonym – als Plazebo-Effekte bezeichnet.

Das Plazebo-Paradigma zielt darauf, den Anteil des Kausalen am Koinzidenten zu bestimmen. Gekürzt wird also dessen nichtkausaler Rest. Diesen Rest als «unspezifisch» zu bezeichnen ist insofern irreführend, als die Annahme von Spezifität nur im Zusammenhang mit dem theoretischen Fundament gültig ist, das auch die Annahme der Kausalität des therapeutischen Agens begründet. «Spezifität» hat im Hinblick auf pharmakotherapeutische Interventionen andere Kriterien als im Hinblick auf psychotherapeutische oder chirurgische Interventionen. Ein Medikament, das eine stoffwechsel-inerte Substanz enthält, aber in der Lieblingsfarbe oder aber einer Aversivfarbe eines Probanden eingefärbt ist, ist in pharmakologischer Hinsicht unspezifisch, in farbpsychologischer, zeichentheoretischer oder ästhetischer Hinsicht aber möglicherweise durchaus ein spezifisches Medikament. Der mit der Injektion von Kochsalzlösung verbundene analgetische Effekt ist durchaus spezifisch, ja er lässt sich sogar durch Opiat-Antagonisten rückgängig machen, obwohl er mit der Anwendung einer inerten Substanz koinzidiert.

Ebenso wenig wie ein übergreifend gültiges Konzept von therapeutischer «Spezifität» gibt es ein solches für «unspezifische» Effekte. Darum erscheint es eigentlich unangemessen, in der Einzahl und unter Verwendung des bestimmten Artikels von «dem» Plazebo-Effekt zu sprechen. Die Homogenität, die diese Art der Begriffsbildung unterstellt, ist empirisch nicht belegt. Selbst auf einem umschriebenen Gebiet wie der Pharmakotherapie spricht vieles dafür, Erfahrungen mit dem Plazebo-Paradigma auf einem bestimmten therapeutischen Gebiet, etwa in der Schmerzbehandlung, nicht auf ein anderes therapeutisches Gebiet, etwa auf die Behandlung von Schlafstörungen, zu übertragen. Den-

noch bleibt es sicher sinnvoll, «das» Plazebo-Problem als ein übergeordnetes Problem einer Theorie der Heilkunde zu behandeln, auch wenn es sehr viele verschiedene Arten von Plazebo-Effekten geben mag.

Der Kranke erwartet nicht nur Linderung, sondern auch «Strukturgewinn»

Wenn ein Mensch krank wird, so verliert sein Alltag ein Stück Ordnung. Bei Bagatellerkrankungen wird sich dieser Verlust in den Annehmlichkeiten des Krankheitsgewinns auflösen. Vom Beinbruch an aufwärts wird die Sorge um den Arbeitsplatz, die Angst vor dem Versäumen einer Terminangelegenheit, die Befürchtung, ein lieb gewonnenes Hobby aufgeben zu müssen, schon längere Schatten werfen. Chronisch progrediente oder lebensbedrohliche Erkrankungen können, manchmal nach langem Kampf, manchmal aber auch mit einer Dynamik, die einem schon beim Zusehen die Sprache verschlägt, einen ganzen Lebensplan «über den Haufen werfen». Neben dem unmittelbar sinnlich erlebten Leiden, den Schmerzen oder der Übelkeit ist dieser Orientierungsverlust, den der Eingriff der Krankheit im Alltag des Kranken hinterlässt, eines der wichtigsten Motive für ihn, einen Arzt aufzusuchen. Von diesem Moment an ist er Patient. Er hofft nicht nur auf Beschwerdefreiheit, sondern auch auf eine Rettung der als gefährdet erlebten Ordnung. In dieser Situation ist dem zum Patienten gewordenen Kranken nicht nur Linderung, sondern auch jede Form von «Strukturgewinn» willkommen. Die Einnahme einer Arznei, die ihren Platz in seinem Alltag etwa «dreimal täglich nach den Mahlzeiten», in einem Schuhkarton, in der obersten Schreibschublade oder aber in einem Döschen mit elfenbeinerneinlegearbeit findet, gewährt ihm zumindest davon nicht eben wenig.

Erinnern wir uns an den Ausgangspunkt der Geschichte des Begriffs «Plazebo» in der Liturgie christlicher Totenvespern, und hier insbesondere

an die Arbeit der bezahlten Klage- liedsänger: Professioneller Umgang mit individuell Bedeutungsvollem, «Arbeit am Gefühl» begründen bei dem, der diese Dienstleistung in Anspruch nimmt, zugleich Zweifel an ihrer Echtheit wie auch eine Distanzierungsmöglichkeit, die im Angesicht von bedrohlicher Erkrankung Lebenssicherheiten schafft. Wahrscheinlich leistet die hier skizzierte Art des Strukturgewinns dazu vor allem dann einen entscheidenden Beitrag, wenn die symbolische Interaktion zwischen Arzt und Patient sich unterhalb der Schwelle des bewusst Intendierten ereignet, wenn es beiden gelingt, der mit Mühe, vielleicht aber durchaus auch aus spürbarer Ratlosigkeit oder gar als Verzweiflungstat, jedenfalls *individuell* ausgesuchten Arznei, eine im Konsens auf gemeinsame Anstrengung gegen die Krankheit begründete Bedeutung zu unterstellen. Durch seine Teilhabe an dieser Anstrengung kann sich der Patient auch wieder als Handelnder erleben, selbst wenn seine Handlung sich auf die Ausbeutung einer Metapher beschränken mag. ■



*Professor Dr. Dr. med. Klaus Schonauer
Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Abteilung Psychotherapeutische Medizin
Feursteinstrasse 55
D-78479 Reichenau*

Literatur beim Autor