

# Zurück ans Licht

Wenn eine Depression die Seele verdunkelt, hilft Psychotherapie den meisten Patienten mehr als jedes Medikament. Um die Wirkung weiter zu verbessern, kombinieren Ärzte Methoden verschiedener Fachgebiete, die lange als unvereinbar galten

TEXT: CHRISTIAN WEBER, FOTOS: NORA KLEIN

Die letzten hundert Meter waren für ihn das reine Grauen, „der schlimmste Weg meines Lebens“, sagt Tobias Peters, der eigentlich anders heißt und gerade ganz gut gelaunt ist und voller Übermut seine Geschichte erzählen will. Weil nämlich auch andere Menschen wissen sollen, warum es gut war, dass der heute 44-Jährige diesen Weg bis zum Ende gegangen ist.

Es war vor anderthalb Jahren, als der sonst so temperamentvolle Mann am Ende war. Führungsposition in der Food-Branche, Dauerstress, 60-Stunden-Woche, Familie vernachlässigt, er war wie auf Dope. Heute trägt er einen grünen Hoodie, Bartstoppen, wache Augen blicken durch eine große Hornbrille. „Anfangen hat es rein körperlich“, erzählt Peters. „Ich hatte Schmerzen überall, Rückenbeschwerden, die Oberschenkelchen, ich litt ständig an Infekten.“ Er ließ sich durchchecken – Blutuntersuchungen, Bodyscan, Darmspiegelung. Doch die Ärzte konnten nichts finden. „Da bin ich zusammengebrochen, so dreckig ging es mir. Ich dachte, ich schneide mich vor den Zug.“

Vielleicht ist es nur deshalb nicht so weit gekommen, weil ihn ein verständiger Arzt ins Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie schickte. „Aber wenn mich meine Frau dort nicht reingeschoben hätte, wäre ich auf den letzten Metern vor dem Eingang auf dem Absatz umgekehrt, hundert Prozent“, sagt Peters. „Ich hatte solche Angst vor der Psychiatrie, dachte an Zwangsjacken und Medikamente, die einen ausknocken.“

Es ist tragisch, dass immer noch viele hilfsbedürftige Menschen ähnlich denken und sich damit einer Chance berauben, die Peters ergriffen hat. Schon beim Erstgespräch bei Martin Keck, Chefarzt und Direktor der Klinik, schwand seine Angst. Zur wurde ihm eine mittelschwere Depression diagnostiziert, doch auch Hoffnung gemacht. Er sollte eine moderne Psychotherapie machen – eine Schematherapie. „Endlich änderte sich was in meinem Leben“, erzählt Peters. „Ich sah Licht am Ende des Tunnels.“

Viele Menschen können heute ähnliche Geschichten erzählen. Gerade in der Behandlung der Depression hat die Psychotherapie in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung gewonnen, ihre Wirkung gilt als belegt, es gibt weniger Rückfälle als bei Medikamenten. Der früher erbittert geführte Streit zwischen den Schulen hat sich gelegt. Mediziner setzen heute auf integrative Therapien, die sich bei verschiedenen Ansätzen bedienen. Und vielleicht werden irgendwann auch neurobiologische Erkenntnisse den Patienten helfen.

„Die Lage hat sich in den letzten 20 Jahren dramatisch zum Besseren gewendet“,

bilanziert Michael Linden von der Charité Berlin, Leiter des zuständigen Referats bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. „Wohl kaum irgendwo auf der Welt gibt es eine so gute psychotherapeutische Versorgung wie in Deutschland.“

So gut ist mittlerweile der Ruf der Psychotherapie, dass sie häufig als eine Art harmlose „Seelen-Wellness“ verstanden wird, der sich eigentlich jeder aussetzen sollte, der Kopf und Herz ein wenig aufräumen will. Doch das ist falsch. Denn auch für sie gilt, was für jede wirksame Therapie gilt: Selbst bei fachgerechter Anwendung kann sie negative Folgen haben. „Man muss sich darüber im Klaren sein, dass Psychotherapie deutlich stärkere Nebenwirkungen hat als eine Pharmakotherapie“, sagt Linden, der zu diesem Thema forscht. Er schätzt, dass es sich bei 15 Prozent der Menschen nach einer Psychotherapie schlechter geht.

**„Behandlungen sind immer schlecht – es sei denn, man braucht sie.“**

Wie sollte es auch anders sein, wenn das Innerste der Seele aufgestöbert wird, verstörende Ereignisse aus der Biografie ans Tageslicht geholt werden? Es kann zu Eheproblemen kommen oder zu Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung. Kollegen können einen Patienten destabilisieren und seine Kernsymptome sogar verstärken, ihn womöglich sogar in die Suizidalität treiben. Manchmal entwickelt sich eine Abhängigkeit vom Therapeuten. Nicht zu unterschätzen sei die Gefahr, warnt Linden, dass der Patient falsche Erinnerungen in seinem Gedächtnis abspeichert, die ihn dann schwer belasten. So könnten etwa Fragen nach sexuellen Traumata in der Kindheit zu entsprechenden Fantasien führen, obwohl gar nichts vorgefallen ist. Man muss es vielleicht nicht ganz so trocken formulieren wie Michael Linden, aber er bringt es schön auf den Punkt: „Behandlungen sind immer schlecht – es sei denn, man braucht sie.“

Gut zehnteil Prozent der Menschen in Deutschland erkranken in einem Jahr an der typischen mehrmonatigen depressiven Episode oder leiden an einer chronischen Form der Krankheit. Ein großer Teil von ihnen schleppt sich unbehindert durch das Leben. Bei ihnen wäre eine Psychotherapie trotz aller Risiken angezeigt. Allerdings, sie hilft nicht immer. Einen deutlichen Erfolg erleben bis zu 65 Prozent der Patienten. Das ist nicht schlecht, besser als bei Bypass-Operationen oder Migräne-Tabletten. Aber keine Situation, in der man verharren dürfte.

„Wir wissen leider noch immer zu wenig, was wirkt und was nicht“, sagt der Psychotherapieforscher Franz Caspar von der Universität Bern. Immer wieder stoßen Forscher auf schwer zu erklärende Ergebnisse. Wieso gibt es Patienten, die selbst aus einer miserablen Therapie einen Nutzen ziehen? Wieso bleiben andere Menschen trotz bester Bemühungen therapieresistent? Und noch eine wichtige Frage: Wieso erklärt sich der Dodo-Effekt, benannt nach einer Szene aus „Alice im Wunderland“, in der ein Dodo ein Rennen ohne Verlierer vorschlägt: „Jeder hat gewonnen, und alle sollen Preise haben.“ So ähnlich sieht es nämlich in der Psychotherapieforschung aus, die regelmäßig zu belegen scheint, dass alle Verfahren ähnlich gut wirken. Caspar vermutet, dass die Unterschiede bei der Mittelwertbildung untergehen.

Lange Zeit sah man Psychotherapie in der Forschung wie ein Medikament an. Ärzte untersuchten ihre Wirksamkeit in je einer Art Studien, die in der Pharmaforschung üblich sind. Ein brauchbares Placebo für die nötige Kontrollgruppe der Studien zu entwickeln ist aber kaum möglich. Wäre dazu doch eine überzeugende psychologische Intervention nötig, die keine bekannten wirksamen Elemente enthält. Deshalb werden heute neue Verfahren eher gegen ein Medikament oder eine etablierte Therapie getestet.

Hinzu kommt, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Patient bei der Behandlung einer Depression ungleich wichtig ist als bei der Versorgung einer Platzwunde. Niemand weiß allerdings genau, wie der perfekte Therapeut aussieht, auch wenn man ein paar Konzepte kennt. „Es ist wie bei den Autofahrern, mehr als 50 Prozent der Therapeuten halten sich für besser als der Durchschnitt“, zitiert Franz Caspar eine Untersuchung. Dabei gebe es sogar welche, bei denen es den meisten Patienten nach der Therapie schlechter gehe als vorher.

So gibt es viele methodische Probleme, die überwunden werden müssten. Sinnvoll erscheint die Kombination herkömmlicher Studien mit sogenannter Prozessforschung. Dabei dokumentieren die Forscher den Verlauf der Psychotherapie per Fragebogen oder – besser noch – mit Videoaufnahmen, die dann mühsam ausgewertet werden müssen: Was waren die entscheidenden Situationen? Warum hat die Patientin so schlimm weinen müssen, als sie sich an diesen einen kalten Satz des Vaters erinnerte? Warum hat der Patient nach 23 Jahren erinnern musste? Welche Interaktion hat ihr dann geholfen, dass sie stabiler wurde? Was wirkte?

Der Ansatz scheint fruchtbar zu sein. So weiß man jetzt zum Beispiel, warum manche Angstpatienten von der Exposition nicht profitieren, zum Beispiel ein Höhen-



Psychotherapie ist keine Seelen-Wellness. Vielmehr muss der Patient harte Arbeit leisten. Der Lohn ist groß: Er gelangt wieder nach oben.



„Ich lag im Bett, starrte stundenlang den japanischen Kirschzweig auf der Tapete an und dachte: Was hat das alles für einen Sinn?“

phobiker, der sich an einen Abgrund stellt. Diese Patienten lenken sich offenbar im Geiste ab. Nur wenn die Therapeuten die Phobiker daran hindern, sich angstvermeidende Gedanken zu konstruieren, kann die Behandlung funktionieren. Dann nämlich kommt die Angst. Und kann heilen. Weil der Betroffene lernt, dass das Leben auch nach der Panik weitergeht.

Die neuen Forschungsansätze haben vermutlich mit dazu beigetragen, dass die großen Schichten unter den Seelenklingen nachgelassen haben. Früher waren die Fronten klar abgesteckt: Wenn das Haus brennt, muss man erst mal das Feuer löschen, sagen die Verhaltenstherapeuten und stritten auf schnelle Symptomreduktion, ohne groß in der Kindheit der Patienten zu wühlen.

**Wenn sich Verhalten und Erleben in der Therapie ändern, verbinden sich auch die Synapsen neu**

„Erst wer sich mit der Architektur der Seele beschäftigt hat, könne nachhaltigen Brandschutz für die Zukunft betreiben, die verschiedenen Konstellationen zu überprüfen“, sagt Schramm.

Im Idealfall müsste man bis zu den gestörten neurobiologischen Prozessen vorstoßen, herausfinden, wie Gene und Umwelt interagieren. Genau das tun bereits Forscher wie die Medizinerin und Neurobiologin Elisabeth Binder, Direktorin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie. „Letztlich geht es immer um das Lernen, sowohl bei der Entstehung von psychischen Krankheiten wie auch bei der Psychotherapie“, sagt Binder. „Traumata, Dauerstress und andere belastende Ereignisse ändern die Aktivität mancher Genabschnitte und können Menschen so vulnerabler machen etwa für Depressionen.“ Doch wirken Umwelteinflüsse auch in die andere Richtung: Wenn sich Verhalten und Erleben im Rahmen einer Psychotherapie ändern, verbinden sich auch die Synapsen im Gehirn neu. Die Krankheit wird verlernt.

Dabei irren Kritiker, die in solchen Ansatzen begleitendes Hirn-TV sehen, das aber für die Praxis wenig bringen wird. So hoffen Neurobiologen, dass sie zum Beispiel mit bildgebenden Verfahren und anderen biologischen Messungen irgendwann objektiv erkennen können, ob und wie stark eine Psychotherapie wirkt. „Und vielleicht könnte man so auch Substanzen testen, die das Lernen erleichtern könnten“, sagt Binder.

Ganz wichtig ist auch die Suche nach Biomarkern, mit denen man unterschiedliche Arten von Depressionen identifizieren könnte. „Unser jetziges Diagnosesystem ist doch eine Klotzke, es bildet nicht ab, dass es viele Arten von Depressionen gibt“,

gungen, also mit den Erwartungen und verschütteten Gefühlen, die der Patient unbewusst auf den Therapeuten projiziert.

Den Kampf zwischen den Schulen hält auch die Psychologin Elisabeth Schramm von der Universität Freiburg für überflüssig. „Jeder Patient braucht etwas anderes, auch die Kognitive Verhaltenstherapie ist nicht für jeden etwas, wenn man sich ein-gestehen muss, dass man verzerrte Gedanken hat“, sagt sie. Viele finden die Interpersonelle Psychotherapie attraktiver, weil sie dort bei ihren zwischenmenschlichen Problemen abgeholt werden. In der Wirksamkeit gleichen sich beide Methoden. Ähnlich sieht das auch der Psychoanalytiker Leichsenring. „Wer vor allem handeln will, sollte vielleicht zu den Verhaltenstherapeuten gehen; wer sich ergründen will, ist besser bei den psychodynamischen Verfahren aufgehoben.“

Die Zukunft der Therapie sieht Schramm in einer Art Baukastensystem, bei dem klar umrissene Probleme wie etwa eine Störung der Emotionsregulation oder der sozialen Wahrnehmung mit passenden Interventionen angegangen werden. „Es ist nur wahnsinnig aufwendig, die verschiedenen Konstellationen zu überprüfen“, sagt Schramm.

„Ja, das ist die Drecksau!“ rief Tobias Peters aus. „Der Bösewicht, er soll piepsen!“

Sie werden dann viele Szenen sehen, wie sie auch Tobias Peters während seiner Schematherapie erlebt hat. Die Sitzung etwa, in der ihm klar wurde, dass sein in der Kindheit erworbener „Kümmer-Modus“ sein größtes Problem ist. Dieses Gefühl, immer für alle da sein zu müssen, ein Druck, der ihn fertig machte. Da half es ihm, als sein Therapeut, der Leitende Psychologe Samy Egli, eine rote Filzmatte mit Teufelsgesicht auf einen Stuhl setzte und ihn bat, all seine Emotionen auf den Platzhalter zu richten. „Ja, das ist die Drecksau!“ rief Peters dazu aus. „Der Bösewicht, er soll piepsen!“ Da fühlte er sich zum ersten Mal wieder ein bisschen als Boss in seinem Inneren.

Peters zeigt auf eine große Box mit Kleenex-Tüchern. „Das hier war ein zentrales Arbeitsinstrument. Ich habe mich nach und nach neu sortiert, das war kein Spaziergang, ging sehr an die Gefühle“, sagt er. „Aber jetzt bin ich wieder voller Freude und Stolz, ich bekomme gutes Feedback von meiner Umgebung, ich bin weniger hitzblitzig.“ Und bitte, er habe da noch eine Botschaft an all die Menschen, die mit psychischem Kreuzbandris durch die Gegend laufen und denken, der Rotwein könne helfen. „Besprecht eure Leiden doch mal mit jemandem, der sich mit so etwas auskennt.“

## Die Methoden

### Kognitive Verhaltenstherapie

Derzeit die am weitesten verbreitete und am besten durch Studien belegte Therapie, obwohl sie nicht für jeden das beste Verfahren sein muss. Wie alle Lerntherapien geht die KVT davon aus, dass psychische Störungen erlernt sind und auch wieder verlernt werden müssen. Während es ursprünglich nur um problematische Verhaltensmuster ging, bezieht die KVT heute auch Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen mit ein. Grundannahme ist, dass nicht die Geschehnisse selbst entscheidend sind, sondern ihre Wahrnehmung von Seiten des Patienten. Verzerrte, krankmachende Kognitionen sollen erkannt und bearbeitet werden, auf dass sich auch das Verhalten und die Gefühle ändern. Typisch für die KVT sind auch Verhaltensübungen, in der Sitzung oder als Hausaufgabe.

### IPT

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) sucht Psychotherapie. Obwohl ihre Wirksamkeit unbestritten ist und sie meist nur wenige Sitzungen benötigt, übernehmen die Kassen die Kosten nicht. Die IPT wurde ursprünglich für die ambulante Behandlung akuter episodischer Depressionen entwickelt. Im Fokus steht die Bewältigung aktueller zwischenmenschlicher Beziehungsprobleme, die mit Schuld sind an der Depression. Das können Partnerschafts- und andere zwischenmenschliche Konflikte sein, komplizierte Trauer, Rollenwechsel im Leben, Arbeitsstress oder Einsamkeit. Der Patient soll diesen interpersonellen Kontext seiner Probleme verstehen, diese emotional bearbeiten und die nötigen sozialen Fertigkeiten erlernen, um seine Schwierigkeiten zu bewältigen.

### Schematherapie

Die Schematherapie gehört zur sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie, die stärker auf Emotionen und prägende Erfahrungen fokussiert. Entscheidend ist die Annahme, dass sich vor allem mit diesen Schemata in das Gehirn einbrennen, die auch Gefühle, Körperwahrnehmung und Gedanken dauerhaft beeinflussen. Sie führen zu dysfunktionalen Verhaltensweisen im Erwachsenenalter. Durch imaginative Techniken und Rollenspiele werden diese sogenannten Kindheitsmodi

reaktiviert und dann bearbeitet: Der Patient lernt zum Beispiel, sich unter der Anleitung der Therapeuten gegen die emotionale Vernachlässigung durch seinen Vater zu wehren und fordert die Unterstützung ein, die ihm damals gefehlt hat. Diese sogenannte Nachbeurteilung ist ein zentrales Prinzip der Schematherapie.

### ACT

Auch die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) gehört zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. Ihr geht es nicht primär um die Beseitigung von Symptomen, sondern um ihre Akzeptanz. Der Betroffene soll eine offene und flexible Haltung für belastende Gedanken und Gefühle oder auch Schmerzen entwickeln, damit er sich nicht in destruktive Vermeidungsstrategien verstrickt – so wie es Menschen mit Rückenschmerzen machen, die sich nicht mehr bewegen. Dafür werden in der ACT diverse Strategien eingesetzt: Der Therapeut leitet zum Beispiel den Patienten an, über seine wirklichen Lebensziele nachzudenken, statt sich immer mit seinem Leid zu beschäftigen. In Achtsamkeitsübungen lernt er, auch negative Emotionen nicht wertend zu betrachten. Ein Gedanke soll nicht unbedingt verändert werden wie in der KVT; seine Funktion wird infrage gestellt. „Wohin führt Sie dieser Gedanke? Ist der Gedanke hilfreich?“

### CBASP

Die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist eine besonders intensive Therapie, die bisher als einzige speziell auf die Behandlung chronischer Depressionen zugeschnitten ist. In ersten großen Studien hat sie gute Erfolge gezeigt. Ähnlich wie IPT und Schematherapie integriert sie neben verhaltenstherapeutischen auch psychodynamische und interpersonelle Ansätze. Eine Besonderheit ist die besonders starke Rolle des Therapeuten, der auch negative Emotionen formuliert, wenn der Patient zum Beispiel die Behandlung abbrechen will. Zu Beginn der Therapie muss der Patient eine Liste von bis zu sechs Menschen aufstellen, die seine Persönlichkeit und sein Leben entscheidend beeinflusst haben; diese Prägnanten werden dann formuliert und – soweit sie negativ sind – mit verschiedenen psychotherapeutischen Techniken bearbeitet.

### Behavioral Activation Therapy

Eine Art abgespeckte Verhaltenstherapie, die von Therapeut und Patient wenig fordert. Im Wesentlichen geht es darum, etwa über ein Tagebuch jene Aktivitäten im Verlauf einer Woche zu finden, die sich gut

oder schlecht auf die Emotionen auswirken, die positiven Faktoren zu verstärken und die negativen zu vermeiden. Trotz seiner Vernachlässigung gibt es Hinweise, dass dieser Ansatz ganz gute Effekte zeigt.

### Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers, auch Klientenzentrierte Psychotherapie genannt, ist einer der Klassiker der Disziplin, wird aber nicht von den Krankenkassen gezahlt. Sie geht davon aus, dass der Patient alles für die Heilung Notwendige in sich selbst trägt, dass er seine Situation selbst analysieren und Lösungen erarbeiten kann. Der Therapeut ist vor allem dafür da, ein günstiges Klima für gestörte Wachstumsprozesse zu schaffen. Er hält sich deshalb zurück, gibt keine Anweisungen, hört genau zu, ist dabei emotional zugewandt und fasst vor allem zusammen, was der Patient gesagt hat. Der Gesprächspsychotherapeut behandelt also durch Empathie, der Patient wächst, weil er sich unbeding verstanden fühlt.

### Systemische Therapie

Systemische Ansätze gehen davon aus, dass der Schlüssel zum Verständnis und zur Therapie psychischer Störungen weniger im Individuum liegt, sondern eher in der Familie oder anderen sozialen Gruppen. Demnach geben Familien Halt und Unterstützung, sie können aber auch Individuen an einer gesunden Entwicklung hindern. In der Therapie müssen nicht alle Familienmitglieder anwesend sein, stattdessen werden oft metaphorische Techniken eingesetzt, Eltern und Geschwister zum Beispiel auf symbolische Weise so aufgestellt, dass ihre Beziehung zum Patienten deutlich werden.

### Psychodynamische Ansätze

Ausgangspunkt ist immer noch die Annahme von Sigmund Freud, dass das Bewusstsein nur die Spitze des Eisbergs ist. Psychische Störungen entstehen, wenn Konflikte zwischen Ich, Es und Über-Ich auftreten, sie werden in Schach gehalten und zeigen sich in psychopathologischen Symptomen. Diese werden in der therapeutischen Beziehung bearbeitet, wobei das Konzept der Übertragung entscheidend ist: Der Patient projiziert unbewusst die früh erworbenen Erwartungen und verschütteten Gefühle auf den Therapeuten. Neben den klassischen Psychoanalysen, die Hunderte Stunden dauern können, gibt es heute psychodynamische Kurzzeittherapien, deren Wirkung gut belegt ist. Psychodynamische Verfahren eignen sich insbesondere für Menschen, die ihre Lebensgeschichte ergründen wollen.



„Glück? Da fällt mir nichts ein. Ich sehe die Blumen und rieche an ihnen. Ich weiß, was schön ist, aber es kommt nicht mehr an.“

„Ich schaute in den Spiegel und erschau. Die Mandarinkel hingen, meine Augen waren zwei schwarze Löcher, ganz stumpf.“

„Mal gut, mehr schlecht.“ heißt der eindrucksvolle Bildband der Fotografin Nora Klein, dem die Bilder auf dieser Seite entnommen wurden (Hatje Cantz, 40 €). Sie will dem Leser und Betrachter einen Einblick in die Gefühls- und Gedankenwelt depressiver Menschen geben, die von der Sehnsucht nach dem Tod gequält sei, aber auch von Streben nach Lebendigkeit. Sie wird die Fotos auf dem Festival Fotografischer Bilder Regensburg 2017 zeigen, vom 26.-28.10.2017. <https://festival-fotografischer-bilder.de/>