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

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

Die letzten hundert Meter waren für ihn das reine Grauen, „der schlimmste Weg meines Lebens", sagt Tobias Peters, der eigentlich anders heißt und gesunde ganz gut gelaunt ist und voller Humor 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 voran-hängig, er war wie auf Dopa. Bonus trägt er immer gutmütig Bonbis, Bartstoppeln, wache Augen blicken durch eine große Hornbrille. „Angstanfälle hat es vom körperlichen", erzählt Peters. „Ich hatte Schweißausbrüche, Herzklopfen, Schwindelanfälle, die Oberschenkel brannten, ich litt ständig an Infekten." Er fand sich durchschnittlich – Blutuntersuchungen, Bodyscan, Darmspiegelung. Doch die Ärzte konnten nichts finden. „Da bin ich zusammengebrochen, es dreckig ging es mir. Ich dachte, ich schmeiß mich vor den Zug."

Vielleicht ist er nur deshalb nicht so weit gekommen, weil der ein verzweifelter Arzt im Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie schrieb: „Aber wenn meiß meine Frau dort nicht eingeschoben 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. Zwei wurde ihm eine mittelschwere Depression diagnostiziert, doch auch Hoffnung gemacht. Er sollte eine moderne Psychotherapie machen – eine Schematherapie. „Endlich äußerte 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 frühere erbitterte gesellschaftliche 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. „Heilkraum (spreiwo auf der Welt gibt es eine so gute psychotherapeutische Versorgung wie in Deutschland."

Ja gut ist mittlerweile die Rolf der Psychotherapie, dass sie häufig als eine Art harmlose Seelen-Wellness verstanden wird, der sich eigentlich jeder unterziehen 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 können 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 mehr 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, verletzende Ereignisse aus der Biografie ans Tageslicht gehoben werden? Es kann zu Überforderungen kommen oder zu Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung. Kollegen kennen einen Patienten, der destabilisiert und seine Kernsymptome sogar verstärken, für wenigstens sogar in die Suizidalität treiben. Manchmal entwickelt sich eine Abhängigkeit von Therapeuten. Nicht zu vergessen, dass sie die Gefahr, wenn sie dazu dient, dass der Patient falsche Erinnerungen in seinem Gedächtnis abspeichert, die ihm dann schwer belasten. In Kliniken etwa Fragen nach sexuellen Traumata in der Kindheit zu einigen Kindern, Patienten Fehlern, obwohl gar nichts vorgefallen ist. Man muss es vielleicht nicht ganz so weiten Terminen wie Michael Linden, aber es bringt es schon auf den Punkt: „Behandlungen sind immer schlecht – es sei denn, man braucht sie."

Gut zehn Prozent der Menschen in Deutschland erkranken in einem Jahr an die typischen anhaltenden, depressiven Episode oder leiden an einer chronischen Form der Krankheit. Ein großer Teil von ihnen schleppt sich unbehandelt durch das Leben. Bei ihnen wäre eine Psychotherapie trotz aller Risiken angezeigt. Allerdings, sie hilft nicht immer. Einen deutlichen Erfolg erleben bis zu 85 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 stellen Forscher auf schwer zu erklärende Ergebnisse: Wenn gibt es Patienten, die selbst eine einer minimalen Therapie einen Nutzen ziehen? Wenn blühen andere Menschen trotz bester Bemühungen therapieresistent? Und noch eine wichtige Frage: Wie erklärt sich der Dodo-Effekt, benannt nach dem Vogel aus „Alice im Wunderland", in der ein Dodo ein Rennen ohne Verlierer vorschlägt: „Jeder hat gewonnen, und alle sollen Preise haben." Es ähnlich sieht es nämlich in der Psychotherapieforschung: Es ist möglich zu belegen, dass alle Verfahren ähnlich gut wirken. Caspar vermutet, dass die Unterschiede bei der Mitbeweirbildung entgehen.

Lange Zeit sah man Psychotherapie in der Forschung wie ein Medikament an. Ärzte untersuchten ihre Wirksamkeit in jener Art Studien, die in der Pharmaforschung üblich sind. Ein bewährtes Placebo. Sie für die eiligen Kontrollgruppe der Studien zu entwickeln ist aber kaum möglich. Wäre dann doch eine überzeugende psychologische Intervention wirksamer, die keine bekannten wirksamen Elemente einbildet. Deshalb werden heute neue Verfahren eher gegen ein Medikament oder eine etablierte Therapie getestet.

Wenn kommt, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Patient bei der Behandlung einer Depression vielleicht wichtiger ist als bei der Verordnung einer Plattewunde. Niemand weiß allerdings genau, wie der perfekte Therapeut aussieht, auch wenn man ein paar Konzepte kennt. „Ja, es ist wie bei den Antidepressiva, mehr als 30 Prozent der Therapeuten halten sich für besser als der Durchschnitt", stimmt 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 augenscheinlicher 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 ihren einen kalten Satz des Vaters vor 25 Jahren erinnern musste? Welche Interaktion hat ihr dann geholfen, dass sie stabiler wurde? Was wirkt?

Man könnte schnell fruchtbar zu sein. Sie weiß man jetzt zum Beispiel, warum manche Angstpatienten von der Exposition nicht profitieren, zum Beispiel ein Höhenglöhner, der sich an einem Abgrund stellt. Diese Patienten lenken sich offenbar im Geiste ab. Nur wenn die Therapeuten die Phobiker dazu bringen, sich angstverursachende Gedanken zu konzentrieren, kann die Behandlung funktionieren. Dann nämlich kommt der Angst. Und lernen kann. Weil den Betroffene lernt, dass das Leben auch nach der Panik weitergeht.

Die neuen Forschungsansätze haben vielmehr mit dem beigetragen, dass die großen Schulen näher aneinander gerückt sind. Früher waren die Fronten klar abgesteckt: Wenn das Haus brennt, muss man vom mal das Feuer löschen, sagten die Verhaltenstherapeuten auf schnelle Symptom-Reduktion, 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, kann nachhaltigen Brandschutz für die Zukunft betreiben, entgegnete die Psychoanalytiker und verschätzten die Verhaltenstherapeuten ein wenig als Seelen-Klempner. Heute ahnt man, dass vielleicht beide Ansätze nun Einsatz kommen sollten. „Ja, es gibt eine Annäherung zwischen den Schulen", sagt sogar der Psychoanalytiker und Psychotherapieforscher Falk Leichsenring von der Universität Gießen.

Er streitet seit Jahren für die Anerkennung psychodynamischer Verfahren, also für die auf der Theorie der Psychoanalyse begründeten Methoden. Dominiert für die psychodynamischen Verfahren plädiert Jegen mittlerweile Metanalysen vor, die auch von den meisten Vertretern der anderen Schulen anerkannt werden. Allerdings unterschätzten diese sich stark von den Kassen. Leichsenring und Kollegen haben mittlerweile Langzeitanalysen: Sie sind in der Praxis kaum länger als Verhaltenstherapien, strukturiert, standardisierte Manuale gehen das Kopfbrechen. Der Therapeut stellt nicht nur Fragen, sondern nimmt eine aktivere Rolle ein. Und seine, der Patient liegt nicht mehr auf der Couch, sondern er sitzt dem Analytiker im Blick gegenüber.

Umgekehrt beschäftigen sich moderne Verhaltenstherapeuten der sogenannten dritten Welle wie etwa die Schematherapie (siehe Kasten rechts) ausführlich mit prägenden Erfahrungen und Figuren aus Kindheit und Jugend der Patienten, arbeiten mehr mit Emotionen und auch Ansätzen der buddhistischen Psychologie wie etwa Achtsamkeit. Zwei wesentliche Unterschiede aber bleiben: Die Analytiker weisen den Unbewussten eine zentrale Rolle zu. Und sie arbeiten primär mit Übertragungen, also mit den Erwartungen und verschiedenen Gefühlen, die der Patient unbewusst auf den Therapeuten projiziert.

Dem 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 eingestehen 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 Psychotherapieforscher Leichsenring: „Wer von einem hundertprozentigen auf schnelle Symptom-Reduktion, ohne groß in der Kindheit der Patienten zu wühlen.

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 Lernverfahren geht die KVT davon aus, dass psychische Störungen erlernt sind und auch wieder verlernt werden können. Während es ursprünglich nur um problematische Verhaltensmuster ging, bezieht die KVT heute auch Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen mit ein. Grundbaustein 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) ist neben der KVT die am besten untersuchte 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 dessen 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, psychodynamische Elemente integriert und dem Therapeuten eine stärkere Rolle zuweist. Dieser soll seine eigenen Gefühle in der therapeutischen Beziehung thematisieren, um auf den Patienten einzuwirken. Entscheidend ist die Annahme, dass sich vor allem mit den Beziehungserfahrungen in der Kindheit 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 des Therapeuten gegen die emotionale Vernachlässigung durch seinen Vater zu wehren und fordert die Unterstützung ein, die ihm damals gefehlt hat. Diese sogenannte Nachbeelterung ist ein zentraler Prinzip der Schematherapie.

ACT

Auch die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) gehört zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. Sie geht es nicht primär um die Bewältigung 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 bittet 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 weiterzu zu betrachten. Ein Gedanke soll nicht unbedingt verdunkelt 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 besondere intensive Therapie, die bisher als einzige speziell auf die Behandlung chronischer Depressionen ausgerichtet ist. In vielen 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 Prägungen 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 Schlichtheit gibt es Hinweise, dass diese Ansatz 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. Er 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 gelingende Wachstumsprozesse zu schaffen. Er hält sich deshalb zurück, gibt keine Anweisungen, hört genau zu, ist dabei emotional engagiert und fasst vor allem zusammen, was der Patient gesagt hat. Der Gegenübertrotztherapeut behandelt also durch Empathie, der Patient wächst, weil er sich unbedingt 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 gehen Familien Halt und Unterstützung, sie können aber auch Individuen an einer gesunden Entwicklung hindern. In der Therapie nimmt nicht alle Familienmitglieder anwesend sein, stattdessen werden oft metaphorische Techniken eingesetzt, Ehren 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 Bewusste nur die Spitze des Eisbergs ist. Psychische Störungen entstehen, wenn Konflikte zwischen Es, Ich 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 frühe, erwachsenen Erwartungen und verschiedenen 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.

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

„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 erschrak. Die Mundwinkel 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 geprägt sei. aber auch vom 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/