

INTERVIEW: JAKOB WETZEL

Depressionen sind eine Volkskrankheit: Jeder fünfte Deutsche ist Studien zufolge betroffen. Das Münchner Max-Planck-Institut (MPI) für Psychiatrie wagt deshalb Großes: In der laut Institut größten Studie ihrer Art wollen die Forscher herausfinden, wie Psychotherapien wirken und was sich dabei in den Körpern der Patienten verändert. Es gebe wissenschaftlichen Nachholbedarf, sagt Chefarzt und Klinikdirektor Martin Keck, der die Studie leitet. Bei den Therapien habe es zuletzt deutliche Verbesserungen gegeben. „Wir wissen nur leider immer noch nicht im Voraus, welchem Patienten welche Psychotherapie am besten und schnellsten helfen wird.“ Zeit für ein Gespräch über seelische Krankheiten im Labor.

SZ: Wenn bei Psychotherapien vorher keiner weiß, welche am besten wirkt – heißt das, dass man in der Praxis so lange ausprobieren muss, bis man die richtige findet?

Martin Keck: Das klingt so negativ, aber in gewisser Weise ist es natürlich so. Selbstverständlich weiß ich im Einzelfall, was einem Patienten helfen wird, aber das sind vor allem Erfahrungswerte. Es gibt bislang keine objektiven Anhaltspunkte wie etwa Labortests, dank derer wir sagen könnten: Das ist diese oder jene Unterform der Depression, und deshalb wird diese oder jene Therapie mit größerer Wahrscheinlichkeit helfen. Was wir unter einer Depression verstehen, ist ja sehr breit definiert. Die international gültigen Diagnosekriterien fassen sehr viele verschiedene Patienten unter einem Überbegriff zusammen.

Und der Therapeut ist dann wie ein Zahnarzt, der so lange Zähne zieht, bis er den einen gefunden hat, der schmerzt.

Bislang würde er vermutlich einfach alle herausreißen. Im Moment ist zum Beispiel die medikamentöse Depressionstherapie vergleichbar mit dem Einsatz eines Breitband-Antibiotikums. Jemand hat eine

„Unsere Patienten leiden leider oft extrem lange, bis die Therapie endlich greift.“

schwere Infektion, also geben wir ein Mittel, das rasch gegen möglichst alle denkbaren Erreger hilft. Das wirkt auch, die Therapien sind erfolgreich. Aber wir wissen eben nicht genau, was der individuelle Patient konkret hat. Dabei könnten die Therapien noch viel besser sein, wenn wir präziser diagnostizieren und dadurch gezielter behandeln könnten – und wir wären schneller. Unsere Patienten leiden leider oft extrem lange, bis die Therapie endlich greift.

Oft heißt es, nach etwa zehn Gesprächsstunden sollten sich Besserungen zeigen. Eine Behandlung wirkt bei verschiedenen Patienten unterschiedlich schnell. Bei uns geht es manchen schon nach ein paar Tagen besser, bei anderen dauert es Wochen. Wir haben ja viele sehr schwere Erkrankungen aus ganz Deutschland, dementsprechend lange dauert oft die Therapie.

Studien zufolge geht es fünf bis zehn Prozent der Patienten nach einer Psychotherapie schlechter als vorher. Liegt das auch daran, dass nicht zielgenau genug therapiert worden ist?

Nein. Jede wirksame Therapie hat Nebenwirkungen, so wie Medikamente. Das hat man vielleicht lange etwas unter den Tisch fallen lassen, weil vielerorts die Meinung war: Psychotherapie heißt nur ein bisschen reden, da passiert weiter nichts. Aber natürlich hat eine Therapie Nebenwirkungen, die wir im Auge behalten müssen.

Was meinen Sie damit?

Wenn Sie zum Beispiel eine Patientin behandeln, die ein sehr starkes Trauma erlitten hat, dann kann es sein, dass sie sich bis zur Behandlung schon ganz gut stabilisiert

hat und einigermaßen ihr Leben führen kann. Aber es geht ihr dennoch nicht gut, es ist ein täglicher Kampf. Jetzt fasst sie Mut und geht in eine Therapie, und dort geht es notwendigerweise an die Substanz. Die Patientin wird behutsam mit ihren Erfahrungen konfrontiert, vieles wird möglicherweise reaktiviert. Es kann ihr dadurch vorübergehend erst einmal schlechter gehen. Das ist Teil einer wirksamen und nachhaltigen Therapie und erfordert eine engmaschige therapeutische Unterstützung.

Sie wollen in Ihrer Studie drei Therapieansätze vergleichen: die Schematherapie, eine klassische Verhaltenstherapie und eine allgemeine unterstützende Behandlung. Was ist der Unterschied?

Nehmen wir ein einfaches Beispiel: Eine Patientin kommt regelmäßig zu spät zur Einzeltherapie. Es gibt da offensichtlich unbewusst einen Widerstand. In der allgemei-



Martin Keck leitet als Chefarzt und Direktor die Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie. FOTO: FLORIAN PELJAK

nen Behandlung machen wir dem Therapeuten hier keine Vorgaben, wie er vorgeht. In der kognitiven Verhaltenstherapie würden wir sachlich fragen: Warum kommen Sie immer zu spät? Dann sagt sie etwa: Ich werde immer hier oder dort aufgehalten. Und Sie überlegen dann sorgfältig gemeinsam, was sie tun könnte, damit sich dieses Muster nicht immer wiederholt.

Und in der Schematherapie?

Da würden wir auch gezielt Emotionen ansprechen. Ein Schema ist eine Lebenserfahrung, die wie ein Fußabdruck ein Muster im Gehirn hinterlassen hat, das dann in bestimmten Situationen immer wieder reaktiviert wird. Die Schematherapie erweitert die Verhaltenstherapie, man spricht etwa von einer „begrenzten Nachbeelterung“. Das ist oft sehr emotional. Wieder ein einfaches Beispiel: Wenn Patienten sagen, dass der Vater oder die Mutter immer bestimm-

te Dinge zu ihnen gesagt oder von ihnen gefordert hat, und dieser Gedanke tut ihnen noch heute so weh, dass sie weinen müssen, dann kann der Therapeut versuchen, dieses in ein neuronales Netzwerk eingetragene Erlebnis gemeinsam mit dem Patienten umzugestalten: Was hätten Sie sich damals gewünscht? Wie würden Sie in solchen Situationen mit Ihrem Kind umgehen? Das geht wie in einem Rollenspiel, und es bewirkt unglaublich viel. Dadurch überschreiben wir neuronale Netzwerke und ermöglichen so neue Erfahrungen.

In anderen Studien gibt es oft eine Vergleichsgruppe, die nur Placebos erhält.

Das machen wir aus ethischen Gründen nicht. Jeder unserer Patienten muss die bestmögliche Therapie bekommen. Wir geben auch gut verträgliche Psychopharmaka, wenn es notwendig ist. Die erhalten Patienten aus allen Studiengruppen, deshalb

wird das die Ergebnisse nicht verzerren. Und wir wollen ja auch etwas erforschen und entwickeln, das später überall praxisnah angewendet werden kann.

Wie gehen Sie genau vor?

Wir werden über einen Zeitraum von acht Jahren 1000 Patienten umfangreich untersuchen, unter anderem mit Gendiagnostik oder auch Kernspintomografie. Wir suchen Marker für die Gen-Aktivierung, erfassen aber auch den Stoffwechsel, das Immunsystem und Gehirnströme. Binnen acht Wochen absolviert jeder Patient 32 Therapiesitzungen. Wir haben eigens für die Studie unsere Therapeuten intensiv geschult. Und wir nehmen alle 32 000 Sitzungen auf Video auf. Im Nachhinein werden wir systematisch einzelne auswerten.

Das ist ein bemerkenswerter Aufwand.

Ja. Das ist auch nur an einem Max-Planck-Institut möglich, wo Sie die nötige Zeit bekommen und die Mittel erhalten, um die besten Bedingungen zum Wohle unserer Patienten schaffen zu können. Ich bin auch wegen dieser Studie aus Zürich nach München gekommen.

Sind die Bedingungen hier so gut?

München ist mit seinen Max-Planck-Instituten und Universitäten ein Zentrum der Neurobiologie. In den letzten 20 Jahren wurde hier viel investiert, um Methoden zu entwickeln und bezahlbar zu machen, denken Sie nur an die Gendiagnostik, die vor

„Ich erwarte, dass wir die Behandlung Schwerkranker deutlich verbessern können.“

kurzem noch kaum bezahlbar war. Jetzt können wir diese Methoden endlich anwenden, um Therapien zu verbessern.

Kann man so etwas Individuelles wie psychotherapeutische Gespräche tatsächlich objektiv miteinander vergleichen?

Ja. Wir haben Vorgaben entwickelt, damit die Therapien sehr standardisiert erfolgen können. Für die stationäre Schematherapie haben wir extra ein Manual erarbeitet, da gab es vorher nichts; für die kognitive Verhaltenstherapie haben wir das Manual überarbeitet und aktualisiert. Natürlich passen sich die Therapeuten individuell an die Patienten an, aber innerhalb dieser wissenschaftlich gesicherten Leitplanken.

Sie sprechen von der weltweit größten Studie dieser Art. Gab es schon kleinere, aber vergleichbare Untersuchungen?

Es gibt bereits einige Studien. Aber die Fallzahlen sind zu gering, und es wird zudem nicht unterschieden, um welche Unterformen der Depression es jeweils geht. Deshalb sind in jeder Studie Patienten eingeschlossen, bei denen jeweils unterschiedliche Therapien sehr gut wirken. Am Ende bekommen Sie den statistischen Mittelwert – und alles wirkt gleich gut.

Welches Ergebnis wünschen Sie sich?

Ich habe nicht das Ziel, belegen zu können, dass eine Therapie besser ist als die andere. Ich will herausfinden: Was hilft wem. Es geht um personalisierte Medizin, von deren Möglichkeiten auch unsere Patienten profitieren sollen. Dann wären wir einen Riesenschritt weiter. Bislang ist es so, dass etwa ein Drittel der Patienten zunächst auf keine Therapie anspricht. Andere werden mit Rest-Symptomen entlassen, dann ist das Risiko hoch, dass sie neu erkranken. Überhaupt erhält nur jeder zehnte Depressive eine wissenschaftlich fundierte Behandlung, sei es, dass die Krankheit nicht erkannt wird, dass sie nicht ernst genommen wird oder dass die Betroffenen sie sich selbst nicht eingestehen dürfen. In einem reichen Land wie Deutschland ist das skandalös. Ich erwarte, dass wir mit dieser Studie die Behandlung Schwerkranker endlich deutlich verbessern können.



ILLUSTRATION: DENNIS SCHMIDT