

Psychotherapie bei chronischer Depression:

«Depressive mit frühen Traumata profitieren am meisten»

Während es in der Pharmakotherapie von Depressionen seit 20 Jahren keine bahnbrechenden Innovationen gegeben hat, sind, obwohl weniger beachtet, auf dem Gebiet der Psychotherapie einige Fortschritte zu verzeichnen. Wir sprachen darüber mit dem Freiburger Psychiater Mathias Berger.

ARS MEDICI: Herr Professor Berger, woran erkennt man eine chronische Depression?

Prof. Dr. Mathias Berger: Wenn eine Depression länger als zwei Jahre anhält, spricht man von einer chronischen Depression. Früher dachte man, dass das relativ selten passiert. In neueren Untersuchungen hat man jedoch festgestellt, dass es relativ viele Patienten mit so lang andauernden Depressionen gibt.



Prof. Dr. Mathias Berger ist Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau

Typisch für chronische Depressionen ist die chronische Suizidalität der Betroffenen und eine sehr resignative Einstellung. Der Patient geht davon aus, dass man an seiner Lage sowieso nichts ändern kann, dass man prinzipiell auf der Verliererstrasse ist und dass das Leben an einem vorbeimarschiert. Die Patienten leiden unter chronisch resignativem Denken. Dies führt oft zur Isolation oder zu ausserordentlich unbefriedigenden sozialen Beziehungen.

Sie berichten, dass bis zu einem Drittel der Depressionen chronisch verlaufen ...

Berger: Diese hohe Zahl waren für uns alle ziemlich überraschend. Früher ging man davon aus, dass depressive Episoden in 15 Prozent der Fälle länger als ein Jahr andauern und dass der Anteil, der darüber hinaus noch krank ist, immer kleiner wird. Früher hat man Depressionen generell eher als episodische Erkrankung gesehen.

Welche Konsequenzen hat eine so lange Erkrankung?

Berger: Bei allen Depressionen mit einem gewissen Schweregrad kommt es zu neuropsychologischen Einschränkungen. Dazu gehören zum Beispiel Konzentrationsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen. Ältere

Leute haben deshalb öfter den Eindruck, dass sie dement werden, obwohl sie eigentlich unter einer depressiven Symptomatik leiden. Ausserdem sind die Patienten dann besonders prädestiniert, chronische Schmerzen wie Kopf- oder Rückenschmerzen zu entwickeln. Eine lange bestehende Depression kann sich durchaus primär somatisch dokumentieren.

Welche Rolle spielen traumatische Erlebnisse?

Berger: Traumatische Erlebnisse sind ganz zentral. Wir unterscheiden bei den chronischen Depressionen zwei Formen: Die «early onset»-Form, bei der die Betroffenen schon vor dem 20. Lebensjahr depressiv wurden und oft schon in ihrer Kindheit eine Art depressive Persönlichkeitsstörung entwickelt haben, sowie die «late onset»-Form, bei der die Symptomatik erst nach dem 20. Lebensjahr auftritt. Für die meisten Early-Onset-Patienten können traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder Jugend festgestellt werden. Das sind oft massive Vernachlässigungen, starke psychische Kränkungen, Beschimpfungen, Erniedrigungen oder Isolation. Manche Kinder wurden von ihren alkoholkranken und völlig unberechenbaren Eltern geprügelt. Bei einem Prozentsatz von 10 bis 15 Prozent werden auch sexuelle Misshandlungen dokumentiert. Auch das Mobbing durch Mitschüler kann ein gewichtiger Mitverursacher chronischer Depressionen sein. Häufig weisen die Patienten bedrückende Lebensgeschichten auf.

Welche Rolle spielt die Psychotherapie bei der Behandlung chronisch Depressiver?

Berger: Bewährt hat sich als wichtigste Therapieform das CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), das von dem amerikanischen Psychologen McCullough entwickelt wurde. Da McCullough selbst eine schwere chronische Depression durchlebt hat, konnte er das Krankheitsbild intensiv an sich kennenlernen. Etwa 70 Prozent des CBASP besteht aus konventioneller kognitiver Verhaltenstherapie. Das heisst, es werden beispielsweise Situationen analysiert, in denen der Patient sich

nicht durchsetzen konnte und Misserfolgserlebnisse hatte. Welche Ziele hatte er überhaupt in einer solchen Situation? Wie hat er sich verhalten? Warum hat er sein Ziel nicht erreicht, beziehungsweise warum ist es schiefgegangen? Was hätte er machen können, damit das von ihm intendierte Ziel erreicht worden wäre? In Rollenspielen und Übungen kann dann ein Verhalten einstudiert werden, das dem Patienten hilft, sich in Zukunft erfolgreicher zu verhalten. Erfolgserlebnisse werden als extrem wichtig erachtet, um der Resignation entgegenzuwirken.

Und der CBASP-spezifische Teil?

Berger: Der spielte bei der kognitiven Verhaltenstherapie bislang keine so grosse Rolle. Er bezieht sich auf die mehr autobiografischen Aspekte. Also, welche entscheidenden Menschen wie zum Beispiel Mutter, Vater, Geschwister, Grosseltern oder Lehrer den Patienten geprägt haben und welche Prägungen von diesen Personen hängen geblieben sind. Zum Beispiel: «Du als Siebenmonatskind bist so wieso ein Leben lang ein Versager, du solltest deine Ziele niedrig stecken, weil du sonst zum Misserfolg verurteilt bist.» Das heisst, es werden autobiografische Aspekte deutlich stärker ins Zentrum gerückt, als das in der kognitiven Verhaltenstherapie bisher der Fall ist. Der Patient entwickelt unbewusst auch zu seinem Therapeuten eine Beziehung, wie er sie zu seinen primären Bezugspersonen gehabt hat. Wenn er also dem Vater oder der Mutter sehr unterwürfig gegenüber war, wird er unbewusst auch gegenüber dem Therapeuten diese Rolle einnehmen. Alte Muster wiederholen sich im Leben. Intelligenterweise werden in der CBASP nun diese Verhaltensweisen in einer proaktiven Übertragung genau analysiert. Am Ende jeder Sitzung soll der Patient lernen, dass es auch anders geht. Wurden beispielsweise Erfolge vom Vater oder der Mutter systematisch klein gemacht, soll er nun erfahren, dass nicht alle Menschen, und insbesondere der Therapeut, nicht in gleicher negativer Weise auf seine Erfolge reagieren. Das heisst, der Patient lernt systematisch zwischen seinen primären Bezugspersonen und anderen Menschen zu diskriminieren. So kann er lernen, der Bürde seiner früheren Erfahrungen, die ihn chronisch depressiv gemacht hat, zu begegnen.

Wann wurde die CBASP entwickelt?

Berger: In der langen Geschichte der Psychotherapie hat noch niemand die Idee einer solchen systematischen proaktiven Übertragungsarbeit gehabt. CBASP gehört der dritten Welle der kognitiven Verhaltenstherapie an. In der ersten Welle wurden vor allem das Lernen und Verlernen, welche das Verhalten modifizieren, in den Mittelpunkt gestellt. Dann kam 15 Jahre später die kognitive Welle, in der man die Gedankengänge der Patienten stärker beachtet hat. Dabei analysierte man beispielsweise die negativen Gedankenschleifen. Man ging davon aus, dass eine Änderung der Gedanken auch die Gefühle verändert.

Jetzt in der dritten Welle werden mehr biografische Aspekte berücksichtigt, Gefühle ins Zentrum gestellt und die Patient-Therapeut-Beziehung präziser beleuchtet. CBASP existiert seit 20 Jahren, also schon relativ lange. Eine pharmazeutische Firma wollte ein Antidepressivum bei chronischen Depressionen gegen ein Psychotherapieverfahren testen. Also hatte man das noch unbekannte CBASP-Verfahren ausgewählt, in der Hoffnung, dass es nicht viel taugt (*lacht*). Und was ist passiert? Das Medikament ist aufgrund geringer Effektivität und starker Nebenwirkungen schon lange vom Markt. Dagegen hat sich CBASP durchgesetzt und besitzt mittlerweile sehr viele Anhänger.

Welche Rolle spielen Medikamente in Kombination mit der Psychotherapie?

Berger: In einer sehr grossen Studie, die im «New England Journal of Medicine» veröffentlicht wurde, war vor allem die Kombination von Antidepressiva mit CBASP erfolgreich. Als man diese Daten etwas genauer analysierte, konnte man sehen, dass vor allem Patienten mit Early-Onset-Depression und frühen Traumata sehr gut auf die Psychotherapie ansprechen. Patienten, die eine solche Vorgeschichte dagegen nicht haben, also die Late-Onset-Patienten, sprechen besser auf Antidepressiva an. Es lohnt sich also, nach den Ursachen der Depression genau zu suchen.

Können Sie kurz die Ergebnisse Ihrer eigenen Untersuchungen skizzieren?

Berger: Wir haben für akute Depression mit der interpersonellen Psychotherapie (IPT) eine exzellente und sehr wirksame wissenschaftliche Psychotherapieform eingeführt. Nun haben wir dieses Verfahren bei chronisch depressiven ambulant gegen CBASP verglichen. Das heisst, es wurde ein nicht spezifisch für chronische Depressionen entwickeltes Therapieverfahren einer für chronische Depression entworfenen Methode gegenübergestellt. Es zeigte sich, dass CBASP in der Tat signifikant besser abschnitt als IPT. Dabei war deutlich zu sehen, wie wichtig es ist, die traumatischen Erlebnisse der Patienten in die Therapie mit einzubeziehen.

Wie sehen Sie die Entwicklung in der Pharmakotherapie im Vergleich zur Psychotherapie?

Berger: Wir hatten in der pharmakologischen Forschung im Bereich der Depression in den vergangenen 20 Jahren keine wirklichen Innovationen. Wir haben zwar mittlerweile Medikamente mit einem anderen Nebenwirkungsprofil, zum Beispiel weniger Sedierung oder weniger anticholinergere Wirkung. Dafür gibt es andere Nebenwirkungen wie Unruhe, Übelkeit oder sexuelle Dysfunktion. Ein wirklicher Wirksamkeitsfortschritt wurde jedoch nicht erzielt. Hingegen gibt es im Bereich der Psychotherapien sehr gute Weiterentwicklungen. Es ist bedauerlich, wie mühsam es ist und wie lange es dauert, bis neue Psychotherapien bekannt werden und dann den Patienten zugute kommen.