

Herr Professor Lieb, auf Instagram findet man unter dem Hashtag #depression fast zwanzig Millionen Beiträge. Nicht nur im Internet, auch in Büchern, Artikeln und Kampagnen sprechen immer mehr Menschen – auch Prominente – über ihre psychischen Probleme. Wie finden Sie das?

Ich finde das wichtig, weil es der Stigmatisierung entgegenwirkt. In vielen Teilen der Gesellschaft herrscht immer noch das Bild vor, dass Menschen mit psychischen Problemen nicht leistungsfähig sind oder sich einfach mal zusammenreißen sollten. Dabei haben diese Krankheiten oft auch biologische Ursachen und ziehen sich durch alle Alters- und Gesellschaftsgruppen. Es ist positiv, wenn darüber geredet wird wie über jede andere Krankheit auch. Andererseits muss man aufpassen, dass nicht jede Stimmungsschwankung zur Depression erklärt wird: Manche Öffentlichkeitskampagne ist Ursache für die Verunsicherung von Menschen, die oft sowieso schon sehr viel auf sich achten. In Deutschland sind bevorzugt gutstufierte Menschen in Therapie, die mit beiden Beinen im Leben stehen. Langzeitarbeitslose, alleinerziehende Mütter, Menschen mit Behinderungen oder Migrantinnen und Migranten können wir mit solchen Kampagnen kaum erreichen. Und auch sie verdienen die Chance auf eine Behandlung.

**Wenn Kampagnen die Falschen erreichen, trägt das dann auch zu dem Versorgungsproblem bei, das wir hierzulande bei den Therapieplätzen haben?**

Wenn es nicht genug Therapieplätze gibt: Ja! Grundsätzlich ergeben solche Kampagnen nur Sinn, wenn auch die Versorgung funktioniert. Erreiche ich mit der Kampagne jemanden mit einer schweren Depression, ist das gut und richtig. Aber wenn er dann fünf Monate auf einen Therapieplatz warten muss oder in eine Klinik aufgenommen wird, weil er während der Wartezeit suizidal geworden ist – was bringt das? In Deutschland werden in vielen Praxen von Psychotherapeuten leicht und mittelschwer erkrankte Patienten behandelt. Gleichzeitig werden in den psychiatrischen Kliniken schwer- und schwerstkranke Patienten mit großem Aufwand therapiert, die danach keinen Platz für eine Anschlusstherapie bekommen – mit allen Risiken eines Rückfalls. Wenn wir unsere Patienten entlassen, drücken wir ihnen eine Liste mit Therapeuten in die Hand, die sie abtelefonieren müssen. Die vielen zu erwartenden Abweisungen wären schon für einen Gesunden sehr belastend. Das geht gar nicht, und es ist nicht nur eine medizinische Notwendigkeit, sondern auch eine Gerechtigkeits- und Solidaritätsfrage, dass man das ändert.

**Kritisieren Sie auch Menschen, die eine Therapie machen, obwohl sie die nicht brauchen?**

Den Menschen kann man doch nicht kritisieren, nur das System. Wir müssen wieder Wege finden und vermitteln, Menschen in Lebenskrisen stark zu machen, ohne sie für krank zu erklären

Ulrike Bingel, braunes, mittellanges Haar, blaue Augen, aufmerksamer Blick, steht vor ihrem Büro im vierten Stock der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Essen. Gerade hat ein asiatisches Restaurant Mittagessen für sie und einige Kollegen geliefert. Einen Tisch, an dem sich alle gemeinsam niederlassen könnten, gibt es nicht. Insgesamt wirken Räumlichkeiten und Einrichtung hier ein wenig aus der Zeit gefallen. Am Ambiente kann es also nicht liegen, dass „The Bingel Lab“ ein begehrter Arbeitsplatz ist. Hinter diesem flockigen Namen, den sich einer der Assistenzärzte bei der Programmierung der Website hat einfallen lassen, steckt eines von etwa zehn Teams weltweit, das sich der Erforschung von Placebos und ihrer Wirkung verschrieben hat.

Placebos sind Medikamente, die keinen spezifischen Wirkstoff haben, oder Maßnahmen, die nur zum Schein verabreicht werden. Sprich: Patienten erhalten eine Milchzuckertablette, Kochsalzlösung oder eine Scheinakupunktur und fühlen sich trotzdem besser als zuvor. Oder andersherum: Sie fürchten eine Schmerzverschlimmerung, die dann auch tatsächlich eintritt, ohne dass sich der zugrundeliegende Auslöser für den Schmerz verändert hätte. Das ist dann das negative Gegenstück, der Noceboeffekt. Rund zehn feste Mitarbeiter und dazu die gleiche Anzahl an immer wieder wechselnden Doktoranden zählt die wissenschaftliche Arbeitsgruppe, die Bingel für ihre Forschungsprofessur „Klinische Neurowissenschaften“ der Universität Duisburg-Essen rekrutiert hat. Zusätzlich leitet sie die Schmerzambulanz und das Rückenschmerzszentrum am Uniklinikum Essen.

Auf dem kleinen, runden Tisch, an dem Bingel in ihrem Büro Besucher empfängt, liegen zwei Standardinstru-



## „Nicht jede Lebenskrise ist eine Depression“

Wer einen Therapieplatz sucht, muss oft lange warten. Das liegt auch daran, dass wir häufig die Falschen behandeln, sagt ein Psychiater.

Halb voll oder halb leer? Wie man mit Belastungen umgeht, ist eine Einstellungssache. Foto Mauritus

und sie dann ein bis zwei Jahre zu therapieren. „Resilienz“ nennen wir die Fähigkeit, trotz widriger Lebensumstände psychisch stabil zu bleiben. Dass es einem nach einem kritischen Lebensereignis oder in längeren Zeiten der Überforderung eine Weile schlechtgeht, gehört zum Leben und ist nicht sofort ein Grund, eine Therapie zu starten. Es geht darum, danach wieder in die Spur zu kommen.

**Wie schafft man das?**

Die Förderung von Resilienz und damit die Prävention psychischer Störungen muss deutlich mehr Raum erhalten, in den Schulen, an den Universitäten, in Betrieben und öffentlichen Einrichtungen. Wirksame Elemente von Resilienztraining sind zum Beispiel die Förderung positiver Emotionen und des Selbstwirksamkeitserlebens, die Redukti-

on von Stresszuständen durch einen achtsamen Umgang mit sich selbst, der aktive Aufbau sozialer Netze sowie das Erlernen von Strategien, stressvolle Lebensumstände aktiv anzugehen und mit negativen Gefühlen richtig umzugehen. Dabei lernen Betroffene auch, psychische Symptome richtig einzuordnen und Stress und Belastungen als Herausforderungen anzunehmen, die bewältigbar und veränderbar sind.

**Geben Sie mit Ihren Aussagen nicht Leuten Futter, die zu Depressivenlagen: Jetzt reiß dich mal zusammen!**

Nein. Nur weil nicht jede Lebenskrise oder Überlastung eine Depression ist, heißt das nicht, dass man die Depression als Krankheit nicht ernst nehmen sollte. Im Gegenteil. Jemand, der eine schwere Depression hat, muss sofort behandelt werden. Der kann nicht monate-

lang warten. Wir müssen dafür sorgen, dass Patientenströme besser gesteuert werden. Auch die Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Angeboten ist noch verbesserungsfähig. Nur die Patienten, die in psychiatrische Kliniken aufgenommen werden müssen, haben in der Regel keine längeren Wartezeiten. Das liegt daran, dass psychiatrische Kliniken für einen Aufnahmebezirk die stationäre Verantwortung haben.

**Was folgt daraus?**

Grundsätzlich müssen alle Kranken aufgenommen werden. Die ambulanten Psychotherapeuten haben diese Verpflichtung dagegen nicht. Sie können sich aussuchen, wen sie behandeln. Und da ist es verständlich, dass man eher jemanden aufnimmt, der „nur“ einen Burn-Out hat und gut behandelbar ist, als jemanden, der unter einer schweren

Depression oder Schizophrenie leidet. Es gibt bei der ambulanten Psychotherapie keinerlei Steuerung. Das kann nicht sein und benachteiligt vor allem unsere schwerkranken Patienten. Wir haben außerdem Verfahren wie die Psychoanalyse, die vom Zeit-Effektivitäts-Verhältnis unter diesen Versorgungsgesichtspunkten nicht geeignet sind. Da bis zu 200 Stunden pro Patient behandelt wird, kann ein Psychoanalytiker nur etwa 40 Menschen im Jahr behandeln. Wir brauchen schnellere Hilfe und den Einsatz schneller wirkender Therapien. Internationale Psychotherapiestudien gehen bei den meisten Störungsbildern von einer erforderlichen Therapiedauer von etwa 15 Stunden aus.

**Der Vorwurf von Psychotherapeuten an Kliniken ist, dass Patienten dort mit Medikamenten vollgepumpt wer-**

nimmt, wird im Hirn entschieden. Das Zentralnervensystem kann, unter anderem durch die Gedanken gesteuert, die Schmerzempfindung modulieren, also verstärken oder hemmen.

An dieser Stelle kam Bingel erstmals mit Placebos in Kontakt. „Damals haben wir angefangen, die Wirkung von Placebos als Modell für die Mechanismen der körpereigenen Schmerzmodulation zu untersuchen. Dabei waren wir erfolgreich, hatten gute Publikationen. Ich bin dann in eine Forschergruppe der Deutschen Forschungsgesellschaft reingewachsen. Durch diese Gruppe und durch Anschlussarbeiten hat sich das Placebo-Thema selbstständig“, sagt sie.

2011 veröffentlichte Bingel eine in der Wissenschaft vielbeachtete Studie, die Placebo- und Noceboeffekte erstmals im Gegenwart eines starken Schmerzmittels beschrieb. Während der Behandlung von gesunden Probanden, die einem kontrollierten Hitzereiz ausgesetzt wurden, machte die Neurologin die Schmerzverarbeitung im Gehirn sichtbar. Dabei zeigte sich: Glaubte der Proband an die Wirkung der Behandlung, wurde das körpereigene schmerzhemmende System aktiviert und verstärkte so die schmerzlindernde Wirkung des Medikaments. Eine negative Erwartung sowie Angst vor Schmerzen zerstörte den Effekt des Medikaments vollständig. Die Studie wies nach, dass bei Patienten, die mit echten Medikamenten behandelt werden, die begleitenden Placebo- oder Noceboeffekte die Wirkung des Medikaments stärken oder schwächen können. Ein Befund mit großer Implikation für die Medizin.

„Für mich persönlich ist Erwartung die treibende Kraft von Placeboeffekten“, sagt Ulrike Bingel. Als weiteren Faktor stellt sie neben der Vorerfahrung des Patienten die Kommunikationskompetenz des Arztes in den Mittel-

punkt. Er sei für den Patienten die zentrale Figur, die im gesamten Behandlungsprozess maßgeblich Erwartung, Lernerfahrung und Vertrauen mitbestimme. Das Verhalten mancher Kollegen kann Bingel nicht nachvollziehen, sieht sie doch jeden einzelnen Tag, dass Arztkommunikation beeinflusst, wie Medikamente wirken. Trotzdem treffe sie in der Schmerzambulanz immer wieder auf Patienten, die seit Jahren Rückenschmerzen und zwanzig MRT-Aufnahmen von ihrer Wirbelsäule hätten, die aber „nie mal jemand richtig untersucht oder eine Viertelstunde mit ihnen gesprochen hat, was psychosozial so bei ihnen los ist. Das finde ich schlimm. Und auch gesundheitsökonomisch nicht nachvollziehbar.“

In solchen Momenten kann sich die 44-Jährige in Rage reden, aber es ist eine kontrollierte Rage. Sie wird nicht laut, sie wird nicht aufgeregt, hat aber auch keine Scheu, problematische Punkte deutlich anzusprechen. Zum Beispiel Beipackzettel. Bei denen in der momentanen üblichen Form zwar alle Nebenwirkungen, aber keine Hinweise auf die erzielten Effekte genannt werden. Oder regelmäßige optische Veränderungen von Generika, die Patienten verunsichern und die Wirkung einer positiven Vorerfahrung zunichtemachen. Hier fordert sie Veränderung. Um diese zu beschleunigen, setzt sie auf den medizinischen Nachwuchs. „Ich bin ganz stolz, dass wir hier an der Uni mittlerweile in der Pharmakologie-Vorlesung 90 Minuten über Placeboeffekte erzählen dürfen und darüber, wie Medikamentenwirkung durch sie beeinflusst wird“, sagt Bingel. Das ist eine Ausnahme, denn weder in der Approbationsordnung des Medizinstudiums noch in den Ausbildungsplänen der Heilberufe sei die Kommunikation zwischen Behandelndem und Behandeltem bislang mehr als „die B-Note beim Eiskunstenlaufen“.

**den und sich niemand in Gesprächen um sie kümmert. Ist Reden nicht besser, als Medikamente zu nehmen?**

Die Gabe von Medikamenten unterliegt wie die Psychotherapie auch genauen Regeln, die in Leitlinien festgeschrieben sind. Medikamente haben ihren Stellenwert besonders bei schweren und schwersten Depressionen, vor allem wenn Suizidalität eine Rolle spielt, und sie haben den Vorteil, dass sie schneller als Psychotherapie wirken. Viele schwerkranke Patienten sind anfangs gar nicht in der Lage, längere Gespräche durchzustehen, und profitieren sehr vom psychiatrischen Management in einer Klinik. Im Übergang in die ambulante Weiterbehandlung ist es dann aber wichtig, dass eine Psychotherapie eingeleitet wird – insbesondere wenn ein Patient an wiederholten Phasen einer Depression leidet. Dafür reichen in den Kliniken allerdings die Ressourcen häufig nicht aus, und bei der Entlassung stellt sich das bereits genannte Problem: Diese Patienten gehen in der Konkurrenz um Therapieplätze leer aus.

**„Du musst immer über deine Probleme reden, das hilft“, hört man oft. Stimmt das?**

Nein, nicht generell. Selbst bei traumatischen Erfahrungen kann es sogar schädlich sein, wenn man gleich am Anfang viel oder in Gruppen darüber redet. Erst mal ist es oft besser, auf das Bewältigungspotential des Betroffenen und der ihm Nahestehenden zu setzen. Wenn das nicht funktioniert und sich eine posttraumatische Belastungsstörung einstellt, dann muss diese spezifisch und ohne lange Wartezeit behandelt werden. Etwas verdrängen zu können, abzuschließen und nach vorne zu schauen ist eine Fähigkeit, die für die psychische Gesundheit wesentlich ist. Sich ständig mit einer Sache zu beschäftigen und darüber zu grübeln kann sich kontraproduktiv auswirken.

**Was soll man machen, wenn man sich unsicher ist, ob man krank ist?**

Man kann den im Internet erhältlichen WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden ausfüllen. Bei einem auffälligen Punktwert empfiehlt es sich, zur weiteren Beratung zum Hausarzt zu gehen, der in vielen Fällen zur Stabilisierung beitragen kann und den Patienten gegebenenfalls zum Facharzt oder Psychologen überweist. Jeder sollte darüber hinaus auch in „Gut-Wetter-Zeiten“ für sein psychisches Wohlbefinden und seine Resilienz vorsorgen. Dazu gehören regelmäßige Bewegung und limitierter Alkohol- und Zigarettenkonsum genauso wie die Pflege eines sozialen Netzes und ein gesundes Stressmanagement.

Die Fragen stellte Sebastian Eder.



**Prof. Dr. Klaus Lieb** ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Mainz und wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Resilienz Zentrums in Mainz.

Foto Archiv

## Die Macht der Erwartung

Placebos helfen, aber wem und wann? In Essen gibt es eines der wenigen Forscherteams, das sich diesen Fragen stellt.

Von Eva Schläfer



mente der Neurologie: eine Stimmgabel und ein Reflexhammer, ihr Name ist darauf eingraviert. Auf einem Sideboard hinter ihrem Schreibtisch steht ein Süßigkeitenkorb. Zur Mittagspause legt sie den weißen Arztkittel ab und sitzt in Jeans und Bluse vor dem dampfenden Asia-Gericht, das schnell abkühlt, während sie konzentriert über ihre Arbeit spricht.

Prägend für ihren Weg beschreibt Bingel das Zusammentreffen mit der Neurowissenschaftlerin Irene Tracey, mittlerweile eine enge Freundin. Die Jahre 2008 und 2009 verbrachte Bingel in dem von Tracey geleiteten Institut für Bildgebung und Neurowissenschaften an der Universität Oxford. „Sie hat es hinbekommen, morgens mit Kleinkind über die Oxforde Straßen zu joggen und gleichzeitig eine internationale Spitzeneinrichtung zu leiten. Das hat mir sehr imponiert“, sagt Bingel. Tra-

cey hat so ihren Wunsch, Karriere in der Forschung zu machen, angefeuert. Die Chance ergab sich, als Bingel vom Bundesministerium für Bildung und Forschung für ein hochdotiertes Förderprogramm ausgewählt wurde. Anfang 2009 ging sie nach Hamburg und baute mit anderthalb Millionen Euro Startkapital die Arbeitsgruppe „Schmerz und Kognition“ auf.

Das Thema Schmerz entdeckte sie schon in ihrem praktischen Jahr im Anschluss an das Medizinstudium für sich. Zur Jahrtausendwende war sie in London am Queens Square Hospital, einer renommierten nationalen Klinik, in der komplizierte neurologische Fälle aus dem gesamten Königreich behandelt werden. Was Bingel dort sah und lernte, brachte sie dazu, sich der funktionellen Bildgebung des Gehirns zuzuwenden, die Gehirnaktivität sichtbar macht. Ob und wie jedes Individuum Schmerz tatsächlich wahr-

■ „LEIB & SEELE“ IM PODCAST



Wie erstellt man eine Patientenverfügung, und wo findet man seriöse Hilfe dafür? Antworten auf diese Fragen finden Sie im Gesundheitspodcast. Ab sofort unter: [blogs.faz.net/podcasts](https://blogs.faz.net/podcasts)