

H. Kächele

Wege und Umwege zur Psychotherapie – und Irrwege?

Zusammenfassung Die Wege zur Psychotherapie sind vielfältig; allerdings sind auch einige Irrwege darunter. Da unser epidemiologisches Wissen um psychogene Störungen beschränkt ist, dürften die verfügbaren Zahlen über potentielle Klienten nicht zur Versorgungsplanung herangezogen werden. Diese Arbeit fasst die einschlägige Diskussion zusammen und schlägt vor, zu einer differenzierten Betrachtungsweise des Themas Chronifizierung zu kommen. Am Schluss wird ein Versuch gemacht, eine fiktive Internet-Lösung des Problems der Selektion und differentiellen Indikation zu visualisieren.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Epidemiologie, Indikation, Internet-Psychotherapie.

Trials and errors on the way to psychotherapy

Abstract The ways to psychotherapy are manifold; many pitfalls, however, impact on the accessibility of psychotherapy. Though epidemiological knowledge is fairly scarce the available figures of identified potential clients – people that would deserve a diagnosis – are misleading when drawing consequences for service delivery. The paper summarizes some of the long lasting discussions and makes a strong plea to come to a more differentiated version of the conception of chronicity in the field of psychotherapy. Finally a small effort is put to sketch out an internet version of selection and differential indication that might be likely to happen or not.

Keywords: Health service research, epidemiology, indication, internet psychotherapy.

Le parcours vers la psychothérapie – détours et peut-être égarements

Résumé Il ne fait aucun doute que lorsqu'il s'agit de trouver un psychologue, le parcours est couvert d'obstacles. Parmi les clients potentiels identifiés par le biais d'études épidémiologiques, nombreux sont ceux qui se perdent en route et ne recevront jamais le soutien que pourrait leur apporter une psychothérapie menée de manière professionnelle. L'un des mythes préférés propagés par notre discipline est celui du délai de sept ans, fait d'errances et de temps d'attente, précédant l'instant où l'un de ces individus – ou de ces 'pèlerins' – se trouvera enfin dans le cabinet d'un psychologue qualifié. Il semble que les preuves empiriques justifiant cette thèse soient peu solides. On sait par contre que certains clients trouvent assez

rapidement un soutien thérapeutique, alors que d'autres ne l'obtiennent qu'après un certain nombre de détours – ou ne le reçoivent pas du tout. Nous parlons rarement de ces personnes. Or, il pourrait être utile que nous redéfinissions la manière dont nous concevons le concept de 'chronification'; ceci permettrait de mieux tenir compte de la diversité de ces parcours. L'article ci-dessous se conclut par une tentative d'explicitation la fonction des nouveaux médias dans le cadre d'une conception relativement osée – qu'elle soit applicable ou non, il reste que nous allons devoir réfléchir aux potentiels et aux risques par rapport à la psychothérapie issus de l'expansion d'Internet.

Nach Strotzka (1975) ist Psychotherapie

- ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem
- Konsensus (möglichst zwischen Patienten, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,

- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal, aber auch averbal,
- in Richtung auf ein definiertes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit),
- mittels lehrbarer Techniken,
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Eine wunderbare Kennzeichnung, an der ich nur eines vermisse. Sie enthält keine Hinweise, wie man dahin kommt. Wo kann ich die Psychotherapie finden, auf welchen Weg muss ich mich machen. Welche Landkarte kann mir helfen. Es ist heutzutage meist nicht mehr eine Suche nach spiritueller Erlösung – hierfür haben sich Dianetics oder Jesus People zuständig erklärt – sondern wohl eher nach immanenten Lösungen, trotzdem allzuoft dem mittelalterlichen Pilgerweg vergleichbar. Oder ist der Weg schon das Ziel, wie manche esoterischen Psychoanalytiker Freuds „Unendliche Analyse“ zu interpretieren pflegen.

Wie auch immer, der Weg zur Psychotherapie ist ein schmaler, er gleicht einem Nadelöhr, durch das ein Reicher nur schwer hindurch kommt, und unsere heutige Frage ist: gibt es dafür Regeln, Empfehlungen, also Wegweiser, Zeichengeber, die uns den Weg weisen, und Umwege oder gar Irrwege ersparen?

Ludwig Wittgensteins Bemerkungen zum Thema Regeln machen es nicht leichter:

Eine Regel steht da, wie ein Wegweiser. – Lässt er keinen Zweifel offen über den Weg, den ich zu gehen habe? Zeigt er, in welche Richtung ich gehen soll, wenn ich an ihm vorbei bin; ob der Straße nach, oder dem Feldweg, oder querfeldein? Aber wo steht, in welchem Sinne ich ihm zu folgen habe; ob in der Richtung der Hand, oder (z. B.) in der entgegengesetzten? – Also kann ich sagen, der Wegweiser lässt doch keinen Zweifel offen. Oder vielmehr: er lässt manchmal einen Zweifel offen, manchmal nicht. Und dies ist nun kein philosophischer Satz mehr, sondern ein Erfahrungssatz (Wittgenstein, 1960, S. 332 f).

Die erste Frage, die zu stellen ist: Wie groß ist der Krankenbestand von Störungen, bei denen seelische Motivierungen das Primat der Verursachung haben (so definiert Schepank die Kategorie „psychogene Störung“)?

Diese Frage stellt das Vorfeld der heutigen Diskussion dar. Sie ist eine epidemiologische Frage und wurde bislang nur in wenigen Studien fachgerecht untersucht. Bundesdeutsches Paradebeispiel ist die DFG-geförderte, langjährige Mannheimer Verlaufsstudie von Schepank und Mitarbeitern (1987, 1990):

Bezogen auf die Stichprobe von 600 Probanden einer Großstadtbevölkerung im Alter zwischen 25 und 45 Jahren wurde in der ersten Querschnittsuntersuchung für 22,8% eine fachpsychotherapeutische Behandlung von Experten für notwendig und wünschenswert gehalten. 1990 wurde eine zweite Querschnittsuntersuchung veröffentlicht: diese überraschte mit einer erheblichen Stabilität der Befunde bei nur 11% neuer Fälle und 11% Nicht-Mehr-Fälle (Abb. 1 aus Schepank, 1990, S. 197, Teil A/B).

Zwar lässt sich aus solchen epidemiologischen Befunden nicht stringent ein Behandlungsbedarf ermitteln; trotzdem hat Schepank 1990 eine korrigierte Bedarfsschätzung vorgelegt (Abb. 1 aus Schepank, 1990, S. 197, Teil C).

Glücklicherweise stellen die stabil Gesunden mit 40% die größte Fraktion; zusammen mit den 23% Menschen, die durch hausärztliche Beratung und Betreuung (in der BRD als psychosomatische Grundversorgung eingeführt) oder auch durch die Angebote der psychologischen Beratungsstellen ausreichend versorgt werden könnten, repräsentieren sie eine versorgungspolitisch beruhigende Mehrheit.

Für 10% der Mannheimer Kohorte wird eine Kurzzeittherapie für zweckmäßig erachtet, das wären bis zu 25 Sitzungen jeglicher Provenienz; für 15% wird eine intensive ambulante Psychotherapie und für 4% eine stationäre ca. 3 Monate dauernde Therapie für notwendig erachtet. Traurige 8% werden als nicht mehr ther-

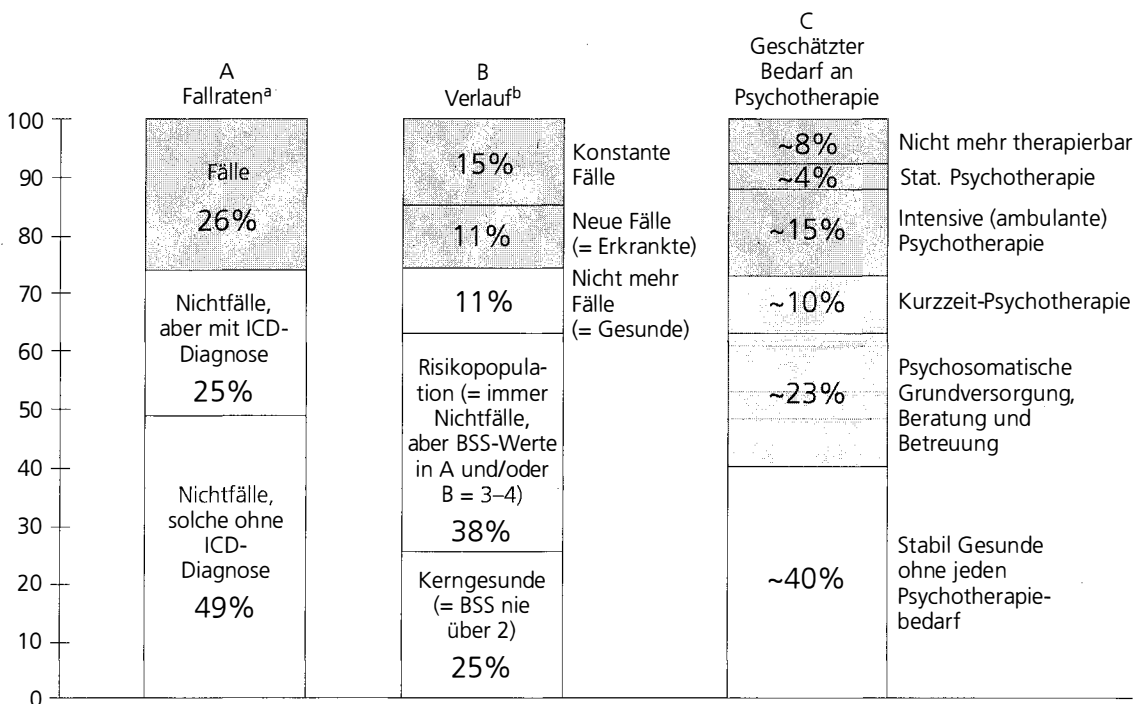


Abb. 1. ^aErgebnis der ersten Querschnittsuntersuchung an 600 Probanden. Punkteprävalenzraten (= letzte 7 Tage: Fälle vs. Nichtfälle; ^bErgebnis der zweiten Querschnittsuntersuchung an 528 Probanden. Punkteprävalenzraten im Dreijahresverlauf

piebar eingeschätzt. Das sind etwa die Hälfte der bei zwei Untersuchungsterminen erfassten Fälle:

„Es ist die große Gruppe der oft fälschlich und zu spät (in guter oder in abschiebender Absicht) zum Psychotherapeuten Überwiesenen, bei denen jedoch weder aufdeckende noch verhaltenstherapeutische Maßnahmen mehr etwas ausrichten können“ (Schepank, 1990, S. 198).

Die zweite Frage, die zu stellen ist: wieviele dieser akademisch geschätzten Bedürftigen sind nun auf einem Wege, der irgendwann in eine psychotherapeutische Behandlung münden könnte?

Wenn wir ehrlich sein wollen, müssen wir zugeben: das wissen wir nicht so genau. Genauso gut könnten wir fragen: wieviele Pilger befinden sich auf dem Jakobsweg nach Santiago de Compostella. Wir wissen es nicht so genau. Denn die Zahl der Übernachtungen pro Jahr in Santiago gibt kein zutreffendes Bild. Viele Pilger wandern jedes Jahr nur ein Stück auf dem Wege und fahren dann wieder nach Hause. Und – früher zumindest – kehrten manche nie mehr nach Hause zurück, weil sie unterwegs beraubt und erschlagen wurden. Und andere wiederum fingen ein neues Leben an, irgendwo in Südfrankreich.

Was wir alle zu wissen glauben, ist, dass die meisten viel zu spät bei der fachgerechten psychotherapeutischen Behandlung ankommen.

Dies ist eine rhetorische Lieblingsfigur der Psychosomatik im deutschen Sprachraum, die übrigens von Ringel und Kropiunigg (1983) in die Welt gesetzt wurde, und seitdem in allen Klagen über das Versorgungssystem, zuletzt an prominenter Stelle auch im Gutachten für die Bundesregierung der BRD von A. E. Meyer et al. (1991) verwendet wurde. Die oft zitierte Feststellung, es dauere noch heute im Mittel 7 Jahre (für Frauen sechs, für Männer acht Jahre), bis eine fachgerechte Behandlung zustande käme,¹ ist nicht mehr unumstritten. Die von der Bosch-Stiftung in Auftrag gegebene Expertise (Potreck-Rose und Koch, 1994) kritisiert diese Denkfigur:

„In der derzeitigen Diskussion um die ‚chronifizierte psychosomatische Patienten‘ wird das Konzept der (iatrogenen) Chronifizierung ungeprüft generalisierend auf das gesamte Klientel der Psychosomatik übertragen. [...] Dies wird als Beleg für Defizite in der psychosomatischen Versorgung interpretiert. Betrachten wir die empirische Datenbasis, so ist das Phänomen der Chronifizierung offensichtlich und unbestreitbar, aber es hat weder das generalisierend in der Diskussion beklagte Ausmaß, noch gibt es derzeit empirische Belege für einen engen ursächlichen Zusammenhang zwischen Versorgungsdefiziten und Chronifizierung“ (Potreck-Rose und Koch, 1994, S. 136).

Potreck-Rose und Koch (1994) belegen dann, dass etwa ein Drittel der Patienten, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlung befanden, eine lange Erkrankungsdauer aufweisen und insofern als „chronifiziert“ gelten können. Allerdings weisen 30–40% der Pa-

tienten aus den von ihnen re-analysierten Stichproben eine Anamnesedauer von bis zu zwei Jahren auf. Es gibt sie also, die Patienten, die früh und vielleicht rechtzeitig den richtigen Weg gefunden haben.

In einer früheren Studie zur Selbstdiagnostik und Vorbehandlung neurotischer Patienten haben wir eine Verteilung der Beschwerdedauer aus einer Ulmer Studie (Grünzig et al., 1977) und aus der frühen Heidelberger Dokumentationsstudie (de Boor und Künzler, 1963) aufgelistet, die beiden Standpunkten recht gibt (Tabelle 1).

Je nachdem, wie die zeitliche Definition von Chronifizierung angesetzt wird, lassen sich unterschiedliche laute oder differenzierte Cassandra-Rufe ausstoßen.

Ja, es trifft manchmal zu, dass die Latenzzeit von Krankheitsbeginn bis zu einer Inanspruchnahme fachgerechter Behandlung oft sehr lang ist; aber es trifft auch zu, dass es manchmal recht schnell zugehen kann.

Zwei Beispiele

Eine Kollegin stellt zum Abschluss ihrer psychoanalytischen Ausbildung den Behandlungsbericht einer chronisch bulimischen 43-jährigen Patientin dar, deren Symptombeginn über 25 Jahre zurückliegt. Interessanterweise diskutiert die Verf. in dem Behandlungsbericht nicht, welchen Gewinn – bei allem zu vermutenden Leiden – die Patientin aus ihrer 25-jährigen Pilgerschaft als Noch-Nicht-Patientin (NNP) gezogen hat und warum sie gerade nun um eine Behandlung nachsucht.

Gegenbeispiel

Patientin Franziska X, die wir im Ulmer Lehrbuch Band zwei beschrieben haben (Thomä und Kächele, 1988), entwickelte als junge 26-jährige Juristin bei ihrer Tätigkeit an der Staatsanwaltschaftlichen Behörde heftige Angstzustände, nachdem sie besonders während der Praktikumszeit bei der Verteidigung sich erste Spuren verdient hatte. Die Dynamik der Angstzustände war gut zu begreifen; ihre regressiven Wünsche, sich eine minder qualifizierte Tätigkeit als Sozialberaterin zu suchen, gepaart mit der Angst, was ihr Vater dazu sagen würde, führte sie bald zur Psychotherapeutischen Ambulanz. Innerhalb eines Jahres nach Ausbruch der akuten Symptomatik war sie in psychoanalytischer Behandlung.

Tabelle 1. Verteilung der Beschwerdedauer

	ULM	HD
Bis zu 2 Monaten	6	21
2 Monate bis unter 1 Jahr	8	
1 Jahr bis unter 2 Jahre	10	10
2 bis unter 4 Jahre	19	20
4 bis unter 6 Jahre	10	12
6 bis unter 10 Jahre	16	13
10 bis unter 15 Jahre	10	10
15 bis unter 20 Jahre	3	6
über 20 Jahre	8	8
	100	100

¹ „Das arithmetische Mittel der Leidensdauer, bis ein psychoneurotisch-psychosomatisch Kranker erstmals von einem Experten für Psychotherapie behandelt wird, betrug 1958/59 12 Jahre, 1979 – also 20 Jahre danach – 9 Jahre und 1985/86 – fast dreißig Jahre danach – 7 Jahre“ (Meyer et al., 1991).

Wir können festhalten: Die weit überwiegende Zahl der Menschen sucht Hilfen für ihre seelischen Probleme zunächst im Selbstgespräch oder in Gesprächen mit Familienangehörigen oder Bekannten. Vor der professionellen Hilfe stehen vielfältigste „Selbsttherapieversuche“ und Hilfestellungen anderer. Psychotherapeutische Interventionen sind in der Regel – entsprechend ihrem Professionalisierungsgrad – eine später anvisierte Instanz in einer langen Kette von Versuchen.

Die Inanspruchnahme von fachkundiger psychotherapeutischer Hilfe ist zudem über außerordentlich viele medizinische und psychologische Spezialdisziplinen gesteckt und erstreckt sich bis zu diversen Beratungsstellen, religiösen Diensten, Gerichtsinstanzen, Heilpraktikern, Laienhilfe, Selbsthilfegruppen etc. Dabei ist die diagnostische Kompetenz für die Psychogenese der Störung bei den einzelnen Anlaufstellen sehr unterschiedlich, oft gar nicht vorhanden. Vielfach erfolgt auch überhaupt keine Konsultation eines Fachmannes – ganz im Gegenteil zu Psychosen oder den meisten körperlichen Erkrankungen, die von einem gewissen Schweregrad an in unserem Versorgungsnetz fast immer einer kompetenten Spezialbehandlung zugeführt und dabei administrativ erfasst werden. Die Folge hiervon ist eine erhebliche Diskrepanz zwischen wahrer Prävalenz und administrativer (behandelter) Prävalenz bei den meisten psychogenen Erkrankungen (Schepank, 1990).

Neben diesen institutionellen Faktoren, die einen potentiellen Kunden darin hindern, frühzeitig den richtigen Weg zu finden, müssen wir allerdings auch die Motivationsfrage diskutieren. Eine Frage, bei der uns einem vielleicht ein bisschen Empathie fehlen könnte. Nur die Hälfte der von Schepank (1987) identifizierten Probanden wurde durch die Forschungsinterviewer „als für eine Therapie motiviert bzw. motivierbar eingeschätzt“ (S. 253). Eine empirische Überprüfung dieser Schätzung führt sogar noch zu einer Korrektur nach unten; statt der geschätzten 50% nahmen nur 35% der als behandlungsbedürftig eingeschätzten ein konkretes ambulantes Psychotherapieangebot an (Franz et al., 1990; Franz, 1997).

Da dieses Angebot aber im Kontext eines hochmotivierten Forschungsprogramms etabliert wurde, würde ich dieser Zahl keine große Bedeutung zumessen – höchstens der, dass wir bei den Pilgern bei der Suche

Tabelle 2. Stationen und Entscheidungstypen auf dem Wege zur Psychotherapie

Stationen	Entscheidungstyp
Im Laiensystem, z. B. Verwandte, Bekannte:	<i>Empfehlung</i>
Durch halbprofessionelle Berater, z. B. Pfarrer:	<i>Beratung</i>
Durch nicht-psychotherapeutische Fachleute im Gesundheitssystem, z. B. Allgemeinärzte:	<i>Selektive Indikation</i>
Durch Psychotherapeuten	
a) zu Beginn	<i>Prognostische Indikation</i>
b) im Verlauf	<i>Adaptive Indikation</i>

nach Herberge entgegengehen müssten – falls wir sie denn beherbergen wollen.

Einzuschätzen, wie groß diese Diskrepanz im jeweiligen Versorgungsfeld ist, kann nur mit Kenntnis lokaler Verhältnisse geschehen. Für den Ulmer Raum, den ich als gut versorgt bezeichnen würde, sowohl mit Psychologischen Beratungsstellen und mit qualifizierten Psychotherapeuten, müsste ich heute schätzen, dass – da wir eine etwas kleinere Stadt als Mannheim sind, dürfen wir etwas weniger Morbidität aufweisen – wir bei ca. 100.000 Bürgern dieser Stadt 15.000 Fälle im Sinne von Schepanks Definition haben müssten. Davon werden vermutlich pro Jahr ca. 5–10%, also 750–1.500 Bürger, als psychotherapeutische Patienten gesehen.

Chronifizierung oder chronisch krank

Um im Bilde des Pilgerweges zu bleiben, erscheint es notwendig, eine Unterscheidung zu treffen; es gibt solche, die Umwege einschlagen, falsche Wege versuchen, die sich als Sackgassen herausstellen, aber schließlich und endlich zum Ziel kommen. Andere machen aus der Pelerinage eine Lebensform, ihr Weg ist das Ziel, das heißt, unterwegs sein heißt auf der Suche nach einem Therapieplatz sein – oder ist diese Metapher ganz falsch?

Wir sollten dieser Diskussion eine andere Wendung geben. Bislang läuft die Argumentation nach dem Muster: wenn alle Patienten früh und rechtzeitig gesehen werden, dann könnte die Therapie-Welt anders aussehen. In diesem Sinne schrieben wir 1977: „Als Utopie ist vielleicht eine Prävention möglich, die seelischen und psychosomatischen Krankheiten den Boden gänzlich entzieht und das verlorene Paradies wiederherstellt“ (Grünzig et al., 1977, S. 35). Der Traum, man könnte Chronifizierung verhindern, verdeckt die Tatsache, dass wir möglicherweise einen konzeptionellen Irrtum begehen, wenn wir diese Perspektive beibehalten.

Für einen Richtungswechsel in dieser Diskussion empfiehlt es sich, folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Art des Krankheitsverlaufs
- Art des Krankheitsbeginns
- Ausmaß psychotherapeutischer Vorbehandlungen
- Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch Patienten und Behandler

Ad 1: Es bestehen erhebliche Unterschiede für die einzelnen Krankheitsbilder. Eine sorgfältige Studie von Fichter und Dilling zum Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung (Fichter, 1990) klassifiziert acht Verlaufstypen:

- langsam besser
- wechselnd, positive Tendenz
- kurze Episode
- wechselnd gleichbleibende Tendenz
- unverändert
- langsam schlechter
- wechselnd negative Tendenz
- Sonstige

25–30% aller beurteilten Krankheitsverläufe fallen in die ersten drei Kategorien eher positiver Verläufe, unverändert sind etwa 30–40% der Verläufe, lediglich 10%

Tabelle 3. Merkmale einiger prototypischer Krankheitswege

	Latenz Symptombeginn bis zum jetzigen Behandlungsbeginn Krankheitsdauer <i>Jahre</i>	Kontakte zu medizinischen Instanzen <i>Anzahl*</i>	Kontakte zu psychothera- peutischen Instanzen <i>Anzahl*</i>	Latenz Symptombeginn bis zur 1. Psychotherapie <i>Jahre</i>
Frau A. mit Migraine	20	11	1	20
Herr B. mit Zwangsneurose	12	7	7	3 Monate
Frau C. mit psychogener Reaktion	<1	1	1	<1 Monat
Frau D. mit Anorexia nervosa	18	14	2	1
Herr E. mit Zwangsneurose	10	4	4	3
Frau E. mit Bulimie	4	2	4	6 Monate

* Zahl der kontaktierten Personen bzw. Institutionen

bis max. 15% wurden als negativ im Sinne der Krankheitsverschlechterung klassifiziert. Potreck-Rose und Koch weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit einer Indikation von der Art und vom Zeitpunkt solcher Verlaufstypen abhängig sein dürfte.

Sechs prototypische Krankheitswege wurden von Potreck-Rose und Koch zusammenfassend dargestellt (Tabelle 3).

Ad 2: Die Art des Krankheitsbeginns ist ein noch sehr wenig untersuchtes Phänomen bei den psychogenen Störungen; wir wissen nicht systematisch, ob zu diesem Zeitpunkt eine Verlaufsprädiktion schon möglich ist.

Ad 3: Das Ausmaß der psychotherapeutischen Vorbehandlungen hingegen gewinnt zunehmend Aufmerksamkeit. Dabei wird insbesondere stärker störungsspezifisch gedacht und geforscht. Zum Beispiel führten Crow et al. (1997) eine telefonische Befragung von 581 Essstörungspatientinnen durch, um die Häufigkeit der Inanspruchnahme zu erkunden. 96,8% der bulimischen Patientinnen haben primär eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen, zugleich haben 63,7% Medikamente erprobt. Befragt nach der Zufriedenheit mit diesen Erstbehandlungen waren allerdings nur 21,5% mit dem Erfolg zufrieden.

Aus der bundesdeutschen multizentrischen Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (Kächele et al., 1999) können wir ähnliches berichten. Bei der Katamnese 2,5 Jahre nach Behandlungsbeginn wurde diese Stichprobe (234 Anorexie- und 425 Bulimie- sowie 110 Patientinnen mit einer Doppeldiagnose) nach der Zahl der bisherigen psychotherapeutischen Behandlungen befragt: 70% der 23-24-jährigen jungen Frauen haben bereits 4 Behandlungsversuche hinter sich, einschließlich der Indexbehandlung. Nur bei 4% war die stationäre Indexbehandlung die erste Behandlung; und wie unsere katamnestische Untersuchung zweieinhalb Jahre nach Behandlungsbeginn ergab, sollte sie auch nicht die letzte bleiben (Metzger et al., 1999).

Ad 4: Die hochvariable Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch Patient und/oder Arzt ist klinisch

ein vertrautes Phänomen. Freuds berühmtes Diktum, dass die Neurose oft der einzige Reichtum der Armen sei – sie verdeutlicht das Motiv manches Patienten, die Wartezeit zu einem Erstinterviewtermin „ad calendae graecas“ zu prolongieren und eine Warteschleife via anderen lebensverändernden Maßnahmen zu präferieren. Natürlich tragen die Ärzte als z. B. hochintensiv diagnostizierende Kardiologen dazu bei, eine somatische Etikettierung funktioneller Störungen zu stabilisieren – all das ist uns bekannt.

Trotzdem, wir sollten die Unterscheidung von chronisch krank und Chronifizierung auf unsere Agenda setzen: „Die Gleichsetzung von Chronifizierung mit (global erhobener) Erkrankungsdauer stellt unseres Erachtens eine Verkürzung eines komplexen Phänomens dar, indem die Eigendynamik von Krankheitsverläufen unterschätzt und die Behandlungsmöglichkeiten in Form der ‚idealen Versorgung‘ überschätzt werden“ (Potreck-Rose und Koch, 1994, S. 137).

Die Wege Gottes sind unerforschlich – die Wege, Umwege und Irrwege unserer Patienten im Vorfeld von Psychotherapie verdienen eine sorgfältigere Beachtung als bisher. Zu viele Menschen auf ihrer Wanderschaft gehen vermutlich verloren, weil ein wenig optimales Zusammenwirken von Krankheitsgeschehen und Ver-

Tabelle 4. Anzahl der Vorbehandlungen von Anorexie- und Bulimiepatienten der MZS vor der Index-Behandlung

Einzel	Gruppe	Paar	Fam.	Anzahl	Prozent
1	0	0	0	271	35,5
0	0	0	0	226	29,6
2	0	0	0	59	7,73
3	0	0	0	36	4,7
1	1	0	0	32	4,19
1	0	0	1	19	2,49
2	0	0	1	14	1,83
4	0	0	0	14	1,82
2	1	0	0	12	1,57

sorgungsleistungen der Chronifizierung Vorschub leistet. Die Frage, welche Klientel in welchem Versorgungsbereich optimal zu behandeln ist, kann derzeit nicht beantwortet werden, weshalb Versorgungsstrukturforschung und Krankheits-Verlaufsforschung ein Gebot sind.

Ich möchte mir im abschließenden Teil erlauben, Ihnen eine Vision vorzustellen, keine religiöse Vision, sondern eine technologisch fundierte. Das wird sich demnächst vollständig ändern. Ausgebuffte Surfer im Internet, z. B. Frührenter und Computer-Kids, werden die ersten sein, die von dem neuen Weg Kenntnis erhalten. Es wird eine nicht öffentlich bekannte Internet-Adresse geben: <http://psychotherapie.com>. Sollten Sie zufällig da hingeraten – was in der Pilotphase nicht vorgesehen sein wird – strahlt Sie ein weibliches Wesen an und spricht besänftigend zu Ihnen: „Schön, dass Sie zu uns gefunden haben, wir wissen, dass Sie schon lange auf dem Wege sind, und wir haben Sie erwartet. Wir kennen Ihre Probleme ...“

– Und sollten Sie ungläubig schauen, etwa mit dem Ausdruck „aber woher wissen Sie“, so wird die Stimme unverändert freundlich erläutern: wir verfolgen Ihre Internet-Aktivitäten seit langen, und basierend auf systematischen Grundlagen-Studien können diese Suchbewegungen im Netz zu reliablen und validen Aussagen zu Symptom- und Persönlichkeitsstruktur führen.

Allmählich erholen Sie sich von der freudigen Überraschung und beginnen als erfahrener Netzwerker sich auf Kommendes zu freuen. Sie werden zunehmend den

Eindruck gewinnen, dass das freundliche Wesen am Schirm nur Sie und niemand anders anschaut; immer öfters bemerken Sie dieses kleine hilfreiche Lächeln, das um die Augen herum spielt und spüren in der Stimme jene Vertrautheit mit ihren Eigenheiten, sodass es Ihnen zunehmend wärmer ums Herz wird; kurzum, Sie fühlen sich verstanden.

Die Psycho-Stewardess hat nun keine Mühe mehr, Sie dafür zu gewinnen, doch eine mündliche Schilderung Ihrer Probleme zu geben: via eingebautem Mikrofon – das ja längst im Online-Banking sich bewährt hat – dürfen Sie volle fünf Minuten über eine bewegende persönliche Begebenheit sprechen. Insider ahnen, dass hier eine Weiterentwicklung der Gottschalk-Gleserschen Inhaltsanalyse zur Anwendung kommt, die, basierend auf einer fünfminütigen Sprachprobe zentral wichtige Affekte erfasst, die allerdings nicht mehr nur auf primitiver Einzelwortanalyse basiert, sondern längst eine fünf-dimensionale Beschreibungsstruktur aufweist, bei welcher das größte Gewicht der Vokalisierungsgüte zukommt. Dass hierbei die wesentlichen Vorarbeiten von Fonagy stammen – nicht dem berühmten Psychoanalytiker aus London, sondern von dessen noch echt ungarischem Vater, der in Paris sein Hauptwerk verfasst hat (Fonagy, 1983). Für Insider nicht überraschend ist, dass während dieser Sprachprobe der mimische Dialog zwischen Patient-in-spe und der Internet-Dame abgetastet wird und mit genetischen Algorithmen analysiert wird, die nur noch von ferne auf die Ekman/Krauseschen FACS-Kategorien erinnern.

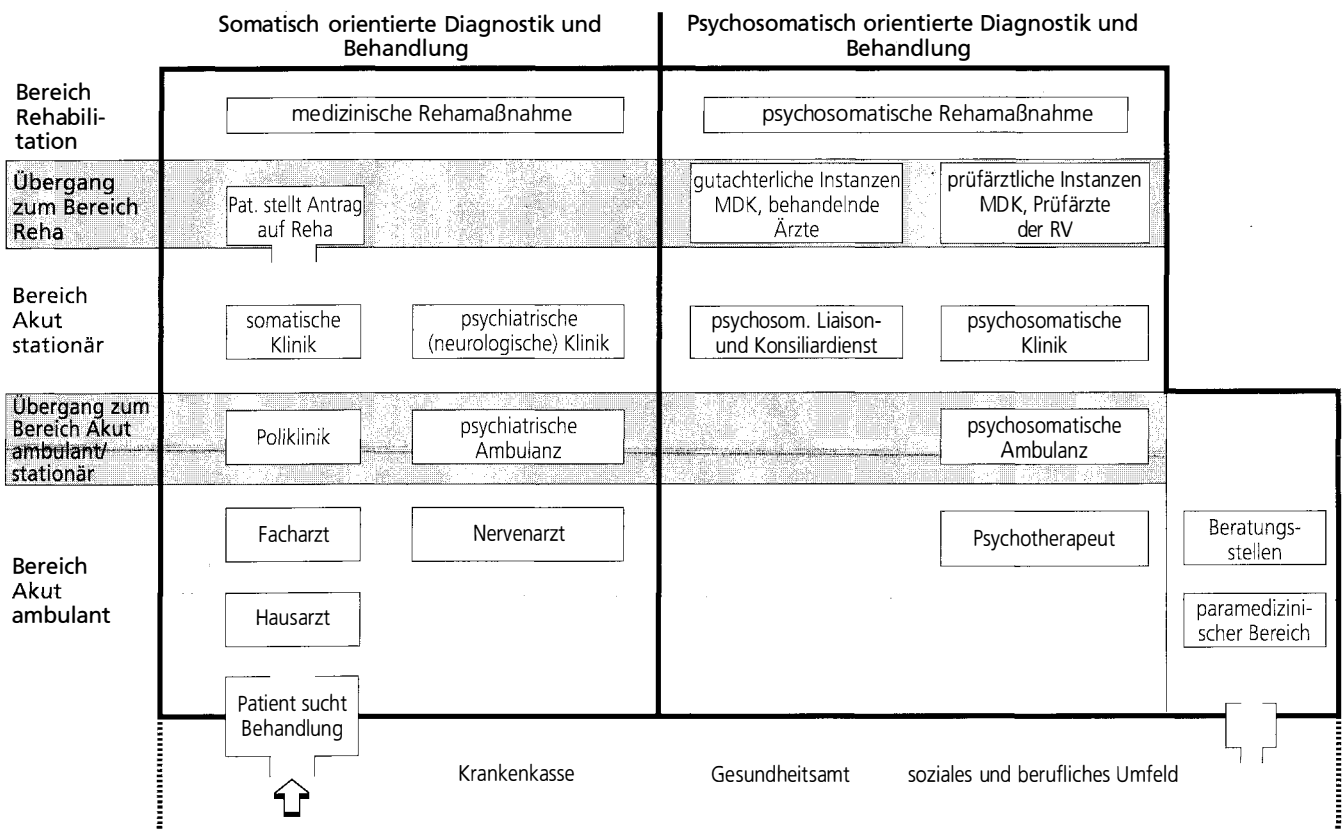


Abb. 2. An der psychosomatischen Versorgung beteiligte Instanzen des Gesundheitssystems

„Und wen hätten Sie gerne“ – die Internet-Psycho-Stewardess überrascht Sie ein weiteres Mal mit dieser Frage. – „Wieso habe ich eine Auswahl? Man muss doch froh sein, wenn überhaupt ein Therapeut am Telefon zu erkennen gibt, dass er oder sie in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen kann.“

Antwort der Psycho-Stewardess: „Unsere Analysen haben ergeben, dass für Sie ein bestimmter Personenkreis in ihrer erreichbaren Umgebung als geeigneter Therapeut in Frage käme. Wir zeigen Ihnen nun eine Folge von Videospots. Sie dürfen mit der Maus jeweils im Anschluss bewerten, wie gut Sie glauben, mit der jeweiligen Person arbeiten zu können. Danach wird die ganze Serie Ihnen nochmals vorgeführt, damit Sie Ihre Wahl überprüfen oder anpassen können. Sollte sich zeigen, dass darunter keine Ihnen genehme Person ist, so folgt eine weitere Serie mit Therapeuten aus der weiteren Umgebung. Sollten Sie jedoch einen Therapeuten Ihrer Wahl erkoren haben, so wird diese bzw. dieser direkt von uns benachrichtigt; ebenfalls wird Ihre Krankenkasse mit einem computererstellten Gutachten versorgt. Uns bleibt nur noch, Ihnen alles Gute mit der internetvermittelten Psychotherapie zu wünschen.“

Ulk oder Alptraum?

Ich werde im Folgenden versuchen, den Realitätsgehalt eines solchen Geschehens zu prüfen.

Als erstes stolpern wir über den Alptraum einer uns im World Wide Web verfolgenden Intelligenz. Kann es solche intelligenten Spione geben, die unseren Web-Verkehr abtasten können und in nicht-öffentlichen Datenbanken einer Obersten Psycho-Gesundheits-Behörde ablegen? Sparen wir uns diese Antwort noch etwas auf. Bleiben wir zuerst auf dem festen Boden bereits erreichter Positionen. Gibt es bestätigende Befunde, die die diagnosenspezifische Kompetenz einzelner Therapeuten belegen? Antwort: ja.

Ken Howard hat in Ulm 1997 Datensätze zur differentiellen Kompetenz von Therapeuten vorgelegt, die er im Rahmen von COMPASS-gestützten Erhebungen ermitteln konnte (Howard et al., 1997). COMPASS ist eine US-Firma, die im Rahmen von Managed Care Psychotherapieleistungen an vertraglich gebundene Psychotherapeuten vergibt. Die Patienten und ihr Therapeut füllen den von Howard entwickelten Mental Health Index in regelmäßigen Abständen aus; die Belege werden per Fax an die Zentrale verschickt und der COMPASS-Administrator erhält rasch eine Auswertung, die erkennbar werden lässt, inwieweit der prognostizierte Therapieverlauf erreicht worden ist. Die Auswertungen basieren auf einer relativ neuen statistischen Technologie – in Fachkreisen als Hierarchical Linear Modeling bekannt – und diese leistet zuverlässige Voraussagen individueller Therapieverläufe auf der Basis verfügbarer großer Stichproben. Die Stichprobengröße der erfassten Klientel bei COMPASS hat längst die 10.000er-Marke überschritten.

Auch das an der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart von Kordy entwickelte AKQUASI-System zielt auf diese individualisierte Verlaufsmessung, bei der sehr wohl auch die individuellen Leistungen – Stär-

ken und Schwächen – einzelner Therapeuten bekannt werden. Die Frage ist mehr, ob wir dies so genau wissen wollen. Trotzdem – seit Luborsky 1985 die Frage nach der individuellen Kompetenz als dringendes Forschungsthema etabliert hat, steht diese Frage im Raum. Sie wird ohnedies im Rahmen der verstärkten Bemühungen um störungsspezifische Therapie diskutiert werden müssen, denn nun stehen entsprechende Weiterbildungsnachweise für jedes störungsspezifische Verfahren im Raum, wie dies Calhoun et al. (1998) im Rahmen der Diskussion um EST schon fordern.

Wir werden in Zukunft die Frage nicht umgehen können, und die moderne Datenbanktechnologie wird sich dafür anbieten, ein „track record“ für jeden Therapeuten zu etablieren, und man wird möglicherweise Bewertungsmaßstäbe entwickeln. Wem dabei schaudert, der sollte die Studie von Ricks (1984) nachlesen, die einen nun wirklich schauern machen kann. Wer würde einem Anästhesisten vertrauen, dessen „track record“ über der akzeptierten Komplikationsrate liegt, und warum sollte das Gleiche nicht unserer Zukunft blühen bzw. von Nutzen sein.

Fazit: Leistungsbezogene Nachweise werden m. E. in lokalen, regionalen oder überregionalen Datenbanken im Internet lokalisiert werden; für Kliniken wird dieser Prozess schon sehr viel früher einsetzen. Die im Rahmen der MZS-Esstörungen (Kächele et al., 1998) gesammelten Befunde böten sich hierfür schon an. Allerdings war es Konsens der beteiligten Kliniken, dass eine solche Nutzung ausgeschlossen werden soll.

Betrachten wir die kurze interaktive Szene des fiktiven Ablaufs: die neueren Rechner werden alle ein Kameraauge installiert haben, schon heute werden in Krimis statt Telefongesprächen Videofongespräche eingefügt. Das Thema der Mimikerkennung wurde durch Rainer Krause in der BRD in unserem Fach etabliert; wir haben in Stuttgart ein entsprechendes Projekt durchgeführt, und die rasante Entwicklung der visuellen Mustererkennung – vorangetragen durch das wachsende Sicherheitsbedürfnis der Banken – macht diesen Teil der Story doch sehr plausibel. Die Verwendung gesprochener Sprache zur Erkennung affektiver Zustände ist seit Jahren ein noch nicht befriedigend gelöstes Thema der Sprachforscher (Scherer) – umso mehr wird es ein Forschungsziel abgeben, von dem wir uns auch viel erhoffen.

Wirklich utopisch für den in der Internet-Welt Unerfahrenen ist die Unterstellung, dass alle Suchbewegungen eines Nutzers irgendwo registriert sein könnten und werden etc. – hier habe ich meine ärgsten Befürchtungen zugrunde gelegt, die aber nicht ganz unbegründet sein müssen. Heute schon werden von den Anbietern der Internet-Seiten sog. Cookies in Ihrem Rechner ohne Ihr Wissen abgelegt. Diese Cookies registrieren in der Tat Ihre Suchbewegungen.

Ich habe ein utopisches Szenario entworfen – eines, wie wir es nicht haben wollen. Vielleicht könnten wir doch lustvolle Szenarien entwerfen, in dem die moderne Datenbanktechnologie uns helfen wird, bislang ungelöste Probleme einer Lösung näher bringen.

Praxisnetzwerke, wie sie von der Allgemeinmedizin bereits versuchsweise installiert werden – und von den

Kostenträgern mit Interesse begleitet werden – benötigen ein gemeinsames Hintergrundwissen für die zu versorgenden Patienten. Netzgestützte Praxiszusammenschlüsse von Psychotherapeuten könnten Vorteile der Individualpraxis mit den Vorteilen von Polikliniken verbinden.

Diagnostische Verfahren in der oben skizzierten Art – à la AKQUASI – erlauben eine bewertende Diagnostik in der individuellen Praxis, die auch das Gutachterverfahren ablösen könnten, denn datenbankgestützte Diagnostik liefert Hintergrundwissen zur besseren Diagnostik des Einzelfalles.

Darüber hinaus sollten wir uns nicht scheuen, die aktuellen Bemühungen zur computergestützten Psychotherapie für nicht psychotherapieaffine Patienten zur Kenntnis zu nehmen. Die Zeiten, da Weizenbaum (1966) mit dem Computerprogramm ELIZA uns schockte, sind vorbei. Heute sind computergestützte Selbstdiagnoseverfahren und computergestützte Selbsthilfe-Programme durchaus salonfähig, wie die Studien von Marks am Maudsley Hospital zeigen.

Die Wege, Umwege und Irrwege werden sich verändern. Psychotherapeutische Behandlungsangebote werden von cleveren Anbietern im Internet eröffnet werden und werden vermutlich von potentiellen Patienten aufgegriffen werden. Die Stärke der Datenbank-Technologien – im Unterschied zu Archiven – ist die interaktive Aufbereitung und Zugänglichkeit. Archive kennen zwar sehr wohl Benutzer, aber sie archivieren die Schritte der Benutzer nicht. Interaktive Datenbanken registrieren auch das Wer und Was der Benutzer und können benutzerspezifisch darauf reagieren. Das mag als Alptraum erscheinen. Weizenbaum nannte dies 1984 einen faustischen Pakt mit dem Teufel – und heute schon sind wir alle verteufelt.

Literatur

Boor C de, Künzler E (1963) Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Klett, Stuttgart

Calhoun KS, Moras C, Pilkonis PA, Rehm LP (1998) Empirically supported treatments: implications for training. JCCP 66: 151–162

Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Fonagy I (1983) La vive voix. Payot, Paris

Grünzig HJ, Kächele H, Thomä H (1977) Zur Selbstdiagnostik und Vorbehandlung neurotischer Patienten. Psychother Med Psychol 27: 35–42

Howard K (1992) The Howard Outpatient Tracking System No. Dep. Psychology, Northwestern University, Evanston

Howard K, Orlinsky D, Lueger R (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. Br J Psychiatry 165: 4–8

Luborsky L et al (1985) Therapists success and its determinants. Arch Gen Psychiat 42: 602–611

Metzger R, Hafner S, Kächele H (eingereicht) Vor- und Nachbehandlungen nach einer stationären Psychotherapie

Potreck-Rose F, Koch U (1994) Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer, Stuttgart

Ringel E, Kropiunigg U (1983) Der fehlgeleitete Patient. Facultas, Wien

Ricks D (1974) Supershrink: methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcome of adolescent patients. In: Ricks D, Roff M, Thomas A (eds) Life history research in psychopathology. University of Minnesota Press, Minneapolis

Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Schepank H (1990) Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2. Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Weizenbaum J (1984) kurs auf den eisberg. pendo-verlag, Zürich

Wittgenstein L (1960) Philosophische Untersuchungen, Schriften 1. Suhrkamp, Frankfurt

Korrespondenz: Prof. Dr. Horst Kächele, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Ulm, Am Hochsträß 8, D-89081 Ulm, Bundesrepublik Deutschland
E-Mail: kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de
<http://sip.medizin.uni-ulm.de>

Prof. Dr. Horst Kächele, geb. 1944, Studium der Medizin in Marburg, Leeds (England) und München. Psychotherapeutische und psychoanalytische Ausbildung an der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm. Habilitation 1976. C3-Professur 1977 und Leiter der Sektion Psychoanalytische Methodik an der Universität Ulm, dazu Leiter der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart seit 1988. C4-Professur und Lehrstuhl für Psychotherapie an der Universität Ulm 1990; seit 1998 Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin an der Universität Ulm. Ca. 280 Publikationen zu Prozess- und Ergebnisforschung, Ko-Autor mit H. Thomä des „Lehrbuches der psychoanalytischen Therapie“.