

SWR2 Wissen

Angst online behandeln – Psychotherapien im Netz

Von Martin Hubert

Sendung: Donnerstag, 5. März 2020, 8:30 Uhr
(Erstsendung: Donnerstag, 20. September 2018, 8:30 Uhr)
Redaktion: Vera Kern
Regie: Günter Maurer
Produktion: SWR 2018

Täuschend echte Spinnen, beängstigend steile Schluchten: Forscher entwickeln virtuelle Szenarien, um Angstpatienten zu behandeln. Kann man damit Psychotherapeuten ersetzen?

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...

Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIFT

Atmo 1a (virtuelle Szene Höhenangst)

Ja, ich bin so in einer Art Felsenschlucht und rings um mich Felsen. Ich sehe einen Baum vor mir und es sind sehr viele Blätter auf dem Boden, die Bäume haben die Blätter abgeworfen und ich sehe...Geräusche ...

Sprecherin:

Ein Laborraum am Psychologischen Institut der Universität Würzburg. Mit einer Virtual-Reality-Brille taucht ein Proband in eine virtuelle Szene ein. Vorsichtig schaut er sich in einer schroffen Gebirgslandschaft um. Steile Berge, tiefe Schluchten. In diesem Setting geht es um die Behandlung von Höhenangst.

Atmo/ Musik

Atmo 1 b (virtuelle Szene Höhenangst)

Ich kann nicht sehr weit blicken eigentlich, weil rings um mich sind eigentlich Felsen, Felsbrocken, ich fühle mich auf alle Fälle beengt, ich habe halt keinen Gesamtüberblick, was in dieser Schlucht eigentlich los ist, ich bin in so einer Art Mulde.

Sprecherin:

Das virtuelle Laboratorium in Würzburg gehört zu einem wissenschaftlichen Projekt, das sich dem neuesten Schrei der Therapieforschung verschrieben hat: Wie gut können zum Beispiel Angst-Patienten behandelt werden, indem man sie in einer virtuellen Umgebung mit ihrem Problem konfrontiert?

Ansage:

Angst online behandeln - Psychotherapien im Netz.

Eine Sendung von Martin Hubert.

Musik

Atmo 1 c (virtuelle Szene Höhenangst)

Vor mir eine kleine Anhöhe, und weiter weg Felswände. Es ist menschenleer, ich bin vollkommen auf mich gestellt und das Gefühl ist nicht positiv... Geräusche...

Sprecherin:

Seit etwa zehn Jahren gibt es den Trend der online-Psychotherapien, zunächst noch ohne virtuelle Szenen. Anstatt einen Therapeuten aufzusuchen, laden Patienten Programme auf ihren Computer oder Apps auf ihr Smartphone, mit denen sie ihre seelischen Probleme bearbeiten sollen. Sie bekommen Informationen über ihre Störung oder Erkrankung, geben ein, wie sie sich gerade fühlen, machen Übungen, die ihnen helfen sollen, die seelischen Probleme in den Griff zu bekommen. Gerade auch bei Angsterkrankungen werden solche Programme eingesetzt. Der Psychologe Markus Wolf von der Universität Zürich erforscht solche Ansätze.

O-Ton 1 (Wolf):

Nach wie vor dominieren Studien zur Depression, leicht bis mittelgradig, und Angststörungen, wo mittlerweile wirklich sehr, sehr viele Studien verfügbar sind.

Sprecherin:

Viele dieser Online-Therapieprogramme arbeiten bereits mit Bildern oder kleinen Filmen, die den Patienten veranschaulichen, was sie tun sollen. In Zukunft prognostizieren einige Forscher, könne man sie auch mit virtuellen Techniken kombinieren, wie sie in Würzburg erprobt werden.

O-Ton 2 (Wolff):

Virtuality ist natürlich ein ganz spannendes Gebiet, das sich für ganz spezielle Störungsbereiche absolut anbietet. Da gibt es auch sehr innovative Forschung und momentan durch die Entwicklung der Technik und auch dadurch, dass die Technik immer günstiger wird, bieten sich auch neue Möglichkeiten, das im klinischen Alltag einzusetzen.

Sprecherin:

Erforscht wird dabei vor allem die so genannte Expositions- oder Konfrontationstherapie, die bei Spinnen- oder Höhenängsten sehr gut wirkt. Man setzt dabei Patientinnen und Patienten immer wieder dem Reiz oder der Situation aus, vor der sie sich ängstigen. Schrittweise sollen sie dann ihre Überreaktion verlernen.

O-Ton 3 (Wolf):

Das ist eine der wirksamsten Bestandteile der klassischen Verhaltenstherapie, sie wird aber relativ selten eingesetzt, weil sie natürlich aufwendig ist und auch nicht jeder Therapeut und auch nicht jeder Patient sich das antun möchte. Wenn sie überlegen, eine Höhenangst, da müssen Sie wo rauf steigen, eine Flugangst: müssen sie in ein Flugzeug gehen. Das ist also was, was dann vermieden wird und so spart man sozusagen den wirksamsten Mechanismus der Therapie aus. Da bieten sich über die Expositionen im virtuellen Raum, über diese Virtual Reality-Brillen und Methoden bieten sich natürlich super Möglichkeiten.

O-Ton 4 (Pauli):

So haben auch wir angefangen, dass es erst einmal sehr sinnvoll ist für Dinge, die schwer zu realisieren sind in echt.

Sprecherin:

Professor Paul Pauli leitet das Forschungsprogramm zur Virtuellen Therapie an der Universität Würzburg. Er beschäftigt sich vor allem mit „Spezifischen Phobien“, also mit Angststörungen, die durch ganz bestimmte und genau identifizierbare Situationen und Objekte ausgelöst werden. Etwa durch Spinnen, enge Plätze oder Höhe.

Atmo: Musik (leicht bedrohlich)

Atmo 1 d (virtuelle Szene Höhenangst)

Ach so, ich stehe jetzt an so einem - Oh! Das ist schon heftig! - Also ich stehe jetzt so am Rand von so einem Felsvorsprung und das ist definitiv zu weit, da bin ich vollkommen unsicher, also da könnte ich jederzeit runterfallen, ich bin zu weit vorne, definitiv zu weit vorn, weil da habe ich keine Sicherheit, wenn ich da jetzt irgendwie umkippe bin ich ja weg.

Sprecherin:

Jemand, der sich wie der Proband Gerhard Kunst in eine virtuelle Szene begibt, weiß natürlich, dass sie nicht real ist. Und er sieht es auch. Denn die virtuelle Realität hat zwar eine fast perfekte Raumentiefe, aber die Objekte und Personen wirken noch etwas künstlich. Warum löst das trotzdem Ängste aus? Die Antwort liegt im Gehirn, weiß Psychologe und Neurobiologe Paul Pauli:

O-Ton 5 (Pauli):

Das ist praktisch die Idee, dass es eben die Amygdala, eine Art Angstzentrum, ist, das diese Angstreaktionen steuert, das aber auf zwei Arten aktiviert werden kann. Das eine ist praktisch durch mein Denken, aber das andere ist auch, es kann aktiviert werden einfach durch den visuellen Input, der da ist. Und diese Aktivierung muss schnell gehen, das ist ja auch sinnvoll, weil wenn Gefahr droht, ich muss schnell darauf reagieren und ich muss es auch erst mal auch nicht so einfach stoppen können. Und da gibt es auch viele Studien, dass diese Angstreaktion sehr schnell ausgelöst wird, sogar ausgelöst wird, ohne dass ich es bewusst weiß, was ich gesehen habe.

Sprecherin:

Das macht sich die virtuelle Technik zu nutze. Die Wirklichkeit, die die Versuchsperson bewusst wahrnimmt, muss gar nicht perfekt sein, um bei ihr Angst auszulösen. Es genügt, dass sie Signale wahrnimmt, die schnell und unbewusst die Angstregion im Gehirn aktivieren.

Atmo/ Musik (leicht bedrohlich)

Atmo 1 e (virtuelle Szene Höhenangst)

Jetzt werde ich gefragt, welche Angst ich auf der Skala von null bis... also vorhin hatte ich eine Angst, von eins bis zehn würde ich sagen hatte ich acht. Und jetzt ist es geringer. Weil ich eigentlich merke, es passiert nichts, ich habe nicht mehr das Gefühl, dass ich fallen könnte, weil ich einen stabilen Stand habe, den hatte ich vorher nicht.

O-Ton 6 (Pauli):

Wir wollen die Erfahrung herbeiführen, dass die Situation eigentlich nicht bedrohlich ist und die Angst unbegründet ist und diese Erfahrung sollen sie machen, dass die Angst abnimmt. Und so lange ist es auch wichtig, in der Situation zu bleiben. Es kann sehr stark Angst auslösend sein, aber die Bereitschaft muss da sein, diese Angst auszuhalten und dann darauf zu achten: wird es weniger?

Musik

Atmo 1f (virtuelle Szene Höhenangst)

Wenn ich jetzt noch einen Schritt gehen würde... weiß ich nicht, getraue ich mich nicht.... Also noch ein Schritt weiter vor, wenn ich das jetzt mache, es geht, es geht noch, ich kann auch runter schauen, noch ein Schritt.

O-Ton 7 (Pauli):

Und hier hat sich auch gezeigt, und da gibt es mittlerweile eine Reihe von Studien auch von uns, dass hier dasselbe in der virtuellen Realität durchzuführen praktisch gleich effektiv ist.

Atmo 1g (virtuelle Szene Höhenangst)

Aber dann nehme ich dann doch wieder diese ungeheure Tiefe wahr, die Tiefe ist ungeheuer! Irrsinnig tief!... Ich merke, meine Beine zittern ein bisschen, ich merke das, die Unterschenkel, die zittern, die vibrieren ein bisschen... Und ich kann mich auch vorbeugen... Ja, das kann ich eine Weile aushalten und dann gehe ich wieder ein, zwei Schritte zurück, dann bin ich wieder vollkommen sicher.

Sprecherin:

Ein Therapeut oder eine Therapeutin begleitet die Patienten bei diesen Programmen. Wie oft jemand seine Angstreaktion virtuell wiederholen muss, um sie zu verlernen, ist individuell verschieden. Psychologe Paul Pauli braucht unter Laborbedingungen etwa sechs bis acht Sitzungen, bis sich bei den Versuchspersonen positive Effekte zeigen. Für spezifische Phobien wie Spinnen, Flug- und Höhenangst können die Wissenschaftler erste Erfolge nachweisen, ebenso für die Behandlung einer sozialen Phobie. Hier fürchten sich die Betroffenen davor, auf Plätze mit vielen Menschen zu gehen oder einen Vortrag vor anderen zu halten.

Bei der so genannten Generalisierten Angststörung dagegen ist Paul Pauli skeptisch. Die Patienten fürchten sich nicht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation, sondern haben allgemein mit Angstzuständen zu kämpfen.

O-Ton 8 (Pauli):

Bei der Generalisierten Angststörung muss man ehrlicherweise sagen, dass es wenig Ansätze gibt bisher das nachzuweisen, weil die sehr stark auch charakterisiert sind durch ein Grübeln über die Situation, also da ist eine sehr starke kognitive Komponente dabei und weniger auch solche visuellen, akustischen Dinge, die wir simulieren können. Also die virtuelle Realität simuliert ja vor allem visuelle Eindrücke oder akustische und das ist bei der Störung nicht so bedeutsam.

Musik

Atmo 2 a (Autor)

(Tippgeräusche auf smartphone)

Okay, jetzt hab ich mir „Woebot“ auf mein Smartphone geladen, von der Universität Stanford, USA, soll eine Art fürsorglicher Helfer für den psychischen Alltag sein (Tippen.) Aha, jetzt lese ich da, dass er mir erst mal erklären will, was er macht. Ich bin ein Roboter, schreibt er, er wird sich jeden Tag melden und mit mir ein Gespräch suchen. Dann könnte ich ja auch von meinen Ängsten erzählen. Er will mich gar nicht

professionell therapieren, aber psychisch unterstützen. Und seine Antworten beruhen auf wissenschaftlichen, evidenzbasierten Methoden. (Tippen)

Sprecherin:

Das Angebot nicht virtueller Online-Programme ist bereits riesengroß. Hier tummeln sich Angebote von Kliniken und Universitäten neben denen von privaten und kommerziellen Anbietern. Es gibt unseriöse Programme, die ohne Mitwirkung von Therapeuten zusammengestrickt wurden und deshalb alles andere als hilfreich sein können. Und es gibt komplexe, wissenschaftlich begutachtete Therapieprogramme, die man konzentriert durcharbeiten muss, wie „Deprexis“ oder „Netstep“. Bei ihnen können die Patienten - wenn nötig - immer auch mit einem Psychotherapeuten in Kontakt treten. Es gibt aber auch Angebote, die ohne Therapeuten auskommen. Oder kostenlose, nicht therapeutische Angebote wie „Woebot“, die einen nur warnen, wenn die Psyche im Alltag zu entgleisen droht.

Atmo 2 b:

Film aus Woebotprogramm

Atmo 2 c:

(Autor)

Jetzt zeigt mir Woebot einen kleinen Zeichentrickfilm. Jemand schwimmt in einem Rettungsring auf dem Wasser und Woebot kommt mit einem Ruderboot angefahren, sozusagen im Rettungsboot für die Seele... Und eine freundliche Frauenstimme erklärt mir, dass man sorgsam mit seinen Gefühlen umgehen muss. Man sollte sich nicht in negative Gefühle verstricken, aber auch nicht einreden, dass man sich immer gut fühlen muss. Wenn man seinen emotionalen Ballast abarbeitet, kann man aber besser denken und fühlen, also auch seine Ängste in den Griff kriegen.

Sprecherin:

Die Netzangebote arbeiten häufig mit der Kognitiven Verhaltenstherapie. Dabei übt man zum Beispiel nicht nur, seine Angstreize auszuhalten, sondern denkt auch darüber nach, warum sie einen ängstigen oder welche Gedanken man seiner Angst entgegensetzen kann. Aber auch tiefenpsychologische Methoden werden online angeboten. Hier taucht man stärker in die eigene Lebensgeschichte ein und fragt nach den Wurzeln der Angst. Online-Unterstützung gibt es bereits für eine breite Palette von psychischen Störungen, weiß Psychologe Markus Wolf von der Universität Zürich:

O-Ton 9 (Wolf):

Mittlerweile kommt man auch so ein bisschen davon weg, dass man sagt, es gibt bestimmte Störungen, für die es überhaupt nicht geeignet ist. Das hängt sehr stark von der Situation ab und auch, was sie über das Medium sozusagen vermitteln möchten. Es gibt also auch mittlerweile Studien, die mobile Interventionen für Menschen mit Schizophrenie testen, einfach im Alltag eine Unterstützung bieten, bei der Problemlösung zum Beispiel oder kognitive Trainings anbieten, die sehr viel Sinn machen für diese Störungsgruppen.

O-Ton 10 (Bohus):

Angst ist ja eine diffuse, sehr hoch aversiv besetzte Emotion.

Sprecherin:

Also ein unangenehmes Gefühl. Prof. Martin Bohus ist wissenschaftlicher Direktor des Instituts für psychiatrische und psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

O-Ton 11 (Bohus):

Also wenn ich Scham habe, dann ist Angst mit dabei als aversiver Aspekt, weil ich denke, okay, wenn die anderen sehen, was mit mir passiert, dann habe ich Angst davor, zurückgewiesen zu werden, also die Angst ist in allen aversiven Emotionen drin.

Sprecherin:

Wer als schizophrener Psychotiker eine innere Stimme hört, die ihn bedroht, empfindet ebenfalls Angst. Am University College London arbeiten Psychologinnen und Psychologen an einem Computerprogramm, mit dem man dieser Angst im wahrsten Sinne des Wortes „begegnen“ kann. Es könnte vielleicht auch einmal online gehen.

Atmo 3:

Therapie Psychotiker Stimme London, krächzende böse Stimme

Sprecherin:

Eine Therapiesitzung am Londoner University College. Eine Stimme krächzt aus einem Lautsprecher und attackiert einen Mann, der vor einem Monitor sitzt. Alles was er macht, geifert die Stimme, sei falsch. Die Stimme klingt, als sei sie übersteuert, aber sie wurde ganz nach den Empfindungen des Mannes vor dem Monitor modelliert. Der Mann ist Psychotiker und halluziniert seit Jahren diese Stimme, die ihm immer wieder Böses und Negatives sagt.

Atmo 3:**Sprecherin:**

Der Psychotiker sieht auf dem Monitor auch ein dreidimensionales sprechendes Gesicht: einen mürrisch schauenden älteren Mann mit zusammengekniffenen Augen. Es ist das modellierte Gesicht, wie es sich der Psychotiker zu der Stimme vorstellt.

Atmo 3**Sprecherin:**

Der Patient soll mit seiner inneren Stimme in Dialog treten und sich dadurch von den Ängsten lösen, die sie ihm einflößt. Ein Therapeut unterstützt ihn dabei. Er ermuntert ihn zum Beispiel, der Stimme ins Gesicht zu sagen, dass sie den Mund halten soll. Oder dass ihn nicht interessiert, was sie daherredet.

O-Ton 12 (Bohus):

Wenn ich jetzt ein Computerprogramm habe, mit dem ich sozusagen spielen kann, dann sind es alles Übungs- und Arbeitsprozesse, dass ich eine kognitiv-emotionale Distanz zu diesem Ereignis kriege und lerne: Ich bin nicht meine Stimme, sondern ich

habe eine Stimme. Ich bin nicht in der Emotion, ich habe eine Emotion. Das kann man ausgesprochen trainieren.

Sprecherin:

Auch Menschen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, müssen Ängste bewältigen. In den USA gibt es zum Beispiel Online-Programme für Soldaten, die im Irakkrieg traumatisiert wurden. In einigen Projekten versetzt man sie sogar direkt in virtuelle Situationen, die den Kriegsszenen ähneln, von denen sie erschüttert wurden.

O-Ton 13 (Pauli):

Ich kenne diese Studien, die auch mit Kriegsveteranen gearbeitet haben und weiß, dass die erfolgreich sind und wir haben selber aktuell eine Studie durchgeführt mit Personen, die nach einem Autounfall nicht mehr Auto fahren konnten, von denen ein Teil auch eine posttraumatische - ist ja auch ein Trauma, dieser Autounfall - eine posttraumatische Belastungsstörung hat und wir waren erstaunt, wie erfolgreich das war. Deswegen glaube ich, dass das sehr wichtig ist, wobei das bei uns eine Mischung war aus posttraumatischer Belastungsstörung und spezifischer Phobie, und bei der reinen posttraumatischen Belastungsstörung bin ich überzeugt, dass es funktioniert und wichtig ist. Wobei dabei natürlich auch wieder der Trick ist, wie genau kann ich die Situation darstellen.

Sprecherin:

Hier deuten sich die Grenzen solcher Online-Therapien an. Sie funktionieren nur, wenn der Problembereich klar eingrenzbar ist. Martin Bohus vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit:

O-Ton 14 (Bohus):

Wenn sie jetzt einen Missbrauch haben oder so etwas, dann können Sie das natürlich nicht machen, denn ein Missbrauch besteht aus ganz, ganz vielen Komponenten. Ihr Hauptproblem liegt ja nicht nur in dem dramatischen Ereignis, sondern vor allem darin, dass sie niemanden hatten, mit dem sie es später kommunizieren konnten und dass meistens das Ganze passiert ist durch nahe Bezugspersonen, die gleichzeitig Täter und care giver sind. Ich kann es nicht kommunizieren, also ich bin dann angewiesen, in der Situation drin zu bleiben, ich entwickle so Modelle, dass ich sage „Ich bin schuld an der ganzen Geschichte und das passiert nur mir, weil ich schlecht bin“. Das heißt Schuld, Scham, Selbsthass, Ekel, das sind alles Emotionen, die wichtiger sind als die Angst.

Musik

Sprecherin:

Wann also sind Online-und Virtual-Reality-Therapien angemessen? Und wann sollte man doch eine so genannte Face to-Face-Therapie vorziehen, bei der ein Betroffener ausführlich mit einer Therapeutin über seine komplexen Gefühlslagen spricht? Virtuelle Therapien sind hilfreich, wenn es um klar eingrenzbare Phobien geht. Darüber besteht Konsens. Allerdings gibt es bisher noch keine großen klinischen Studien, die den Effekt dieser Therapien über mehrere Jahre hinweg bei

vielen Patienten überprüft haben. Bei den Online-Therapien ohne virtuelle Szenarien scheint es auf den ersten Blick besser auszusehen.

O-Ton 15 (Bohus):

Zunächst mal ist es so, dass die Datenlage für internetbasierte oder digitalisierte Programme extrem gut ist. Wir haben weit über 100 kontrolliert-randomisierte Studien, in denen eigentlich grundsätzlich gefunden wird, dass eine internetbasierte Therapie, wenn sie denn durchgeführt wird, absolut genauso wirksam ist wie die Face-to-face-Therapie. Es gibt keine einzige Studie, die ich kenne, in der tatsächlich die Individualtherapie der internetbasierten Therapie überlegen ist.

Sprecherin:

Sagt Psychologe Martin Bohus vom Mannheimer Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Andere Wissenschaftler sehen es kritischer. Etwa Markus Wolf, der an der Universität Zürich über Online-Therapien forscht. Er meint zwar auch, dass die Studienergebnisse den Wert der persönlichen Beziehung zu Therapeuten relativieren. Aber er betont: Die meisten Studien zur Internettherapie wurden unter konzentrierten Forschungsbedingungen im Labor durchgeführt. Oft habe man dabei die Internet-Effekte nicht mit einer Standardbehandlung beim Therapeuten abgeglichen. Die Wissenschaftler bezogen die Effekte der Online-Therapie auf den Zustand von Menschen, die auf eine Therapie warteten oder nur eine Kurzbehandlung beim Therapeuten absolvierten.

O-Ton 16 (Wolf):

Sinnvoller wären Studien, wo wir parallel Menschen dann in einer Kontrollgruppe vergleichen, die eine klassische Therapie hatten, also eine wirklich hilfreiche und sinnvolle Standardtherapie erhalten haben. Und da sehen die Effekte eben ganz anders aus. Auch wenn wir die Intervention in der Versorgung anbieten, also es gibt eine große Studie aus Großbritannien, die diese Online-Therapieprogramme mal angeboten haben für Menschen, die einfach einen Bedarf hatten und keinen ambulanten Therapieplatz in Anspruch nehmen konnten. Und dort war einfach das Resultat, dass viele diese Therapien nicht in Anspruch nehmen möchten, die Onlinetherapie, und wenn sie sie in Anspruch genommen haben, die Effekte eigentlich sehr, sehr, sehr klein waren. Und das ist natürlich ein Problem, weil unter realitätsnahen oder Routinebedingungen diese Befunde einfach noch einmal eine andere Sprache sprechen als jetzt unter Laborstudien.

Sprecherin:

Oft seien auch Personen in Studien zur Online-Therapie aufgenommen worden, die keine professionelle Diagnose von einem Therapeuten erhalten hatten. Die Forscher hätten einfach Menschen im Internet rekrutiert, die von sich behaupteten, sie hätten eine Angststörung oder seien depressiv. Es meldeten sich dann natürlich nur Menschen, die motiviert und fähig waren, selbstständig online mit ihren Problemen umzugehen. Markus Wolf will daher zwar nicht abstreiten, dass es überraschend gute Resultate bei Onlinetherapien gibt. Aber er warnt davor, sie zu überschätzen. Man müsse einfach noch genauer erforschen, für welche Störungen und Patienten sie geeignet sind - und für welche nicht. Auch Martin Bohus kennt diese Einwände und rät deshalb letztlich eher zu Online-Therapien, bei denen die Betroffenen immer wieder Kontakt mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin haben.

O-Ton 17 (Bohus):

Bevor das Gegenteil bewiesen ist, würde ich sagen, es ist wahrscheinlicher, dass ein Treatment wirksam ist, wenn ich Zugriff auf einen wie immer gearteten menschlichen Support habe. Der kann jetzt via E-Mail passieren, er kann via Chat passieren, er kann aber auch Face to face passieren, das ist unterschiedlich. Aber grundsätzlich ist es wahrscheinlich effektiver und man sollte danach gucken, ob das angeboten wird.

Musik

Sprecherin:

Die Entwicklung neuer Methoden geht weiter. An der Hochschule Heilbronn arbeitet zum Beispiel ein Team um Professor Gerrit Meixner am Projekt „Evelyn“.

O-Ton 18 (Meixner):

Bisher wird Virtual-Reality-Angsttherapie in großen universitären Kliniken meist eingesetzt, meistens auch zu Forschungszwecken. Unser Ziel ist es, tatsächlich in die ambulante Psychotherapie reinzugehen, denn da wird einfach das Gros der Patienten behandelt. Und das ist neu, das gibt es bisher in Deutschland nicht.

Sprecherin:

Niedergelassene Psychotherapeuten sollen sich das virtuelle System „Evelyn“ in die eigene Praxis holen können. Wenn sie dann zum Beispiel zusammen mit einem Spinnenphobiker ein paar Durchgänge absolviert haben, bei denen eine täuschend echte Spinne herumgekrabbelt ist, soll der Patient sich alleine mit dem Objekt seiner Angst konfrontieren. Je häufiger und selbstständiger, desto besser. Das Programm „Evelyn“ soll aber auch technische Verbesserungen bringen.

Atmo 4 a (Heilbronner VR-Labor)**Mitarbeiter:**

Das ist jetzt die linke Variante, man schlupft hier so rein und die Fingerkuppen werden hier aufgelegt. (ggf. weiter unterlegen)

Sprecherin:

Patienten sollen die angstbesetzten Objekte nicht nur virtuell sehen und dazu Geräusche hören - sie sollen sie auch anfassen können und ihre Konsistenz spüren. Vielleicht sogar einmal eine langbeinige Spinne, die ihnen blitzschnell auf die Hand krabbelt. Um diesem Ziel näher zu kommen, testen die Heilbronner Forscher zunächst einen Handschuh, mit dem man einfache Objekte virtuell anfassen und bewegen kann.

Musik

Atmo 4 b (Heilbronner VR-Labor)

So, jetzt gehe ich auf einen dieser roten Würfel zu, die vor mir auf einem Pult stehen und versuche ihn zu greifen ja, ich habe ihn in der Hand, ich habe ihn gegriffen und ich kann ihn in die Höhe heben ...

Sprecherin:

Die Heilbronner Forscherinnen und Forscher arbeiten auch daran, den Therapeuten als Avatar zu integrieren. Er erscheint dann als Person in der virtuellen Szene, beruhigt und motiviert den Patienten zum Beispiel, wenn er gerade Angst vor großer Höhe hat oder ihn ein Schauer beim Anblick der haarigen Spinne überfällt. Noch weiter gehen will das Projekt „Digiphobie“, an dem unter anderem die Universität des Saarlandes und das Fraunhofer Institut für Biomedizinische Technik beteiligt sind. Stefan Hoffmann von der Firma Promotion Software koordiniert das Projekt:

Atmo 4 b (Heilbronner VR-Labor)**O-Ton 19 (Hoffmann):**

Das Ziel von „Digiphobie“ ist, dass der Patient sich eine Brille mit nach Hause mitnehmen kann, er kann das anwenden als ein therapeutisches Produkt, d.h. er zieht die Brille auf, geht dann durch die Instruktionen durch und bekämpft damit dann seine Spinnenphobie. Das machte er ohne Eingriff eines Therapeuten, das ist das Fernziel, woran wir gerade arbeiten

Sprecherin:

In einer realen Verhaltenstherapie achtet der Therapeut darauf, ob ein Patient sich nicht gerade überfordert und zu viel Angst entwickelt. Bei „Digiphobie“ wird das technisch gelöst.

O-Ton 20 (Hoffmann): Dafür setzen wir Biofeedback ein, d.h. wir messen Angstreaktionen, Hautwiderstand etc., werten das aus, das Ganze wird durch ein Therapiemanagementsystem geleitet und dort analysiert und das System merkt, ob der Patient jetzt noch mehr Exposition vertragen würde oder ob wir runter regulieren müssen.

Sprecherin:

Geht der Weg also tatsächlich in Richtung virtuelle Therapie, kombinierbar mit Online-Programmen und Apps, mit deren Hilfe sich der Patient allein und selbstständig überwacht? Vieles steht noch am Anfang, und selbst Stefan Hoffmann gesteht zu, dass „Digiphobie“ die Fähigkeiten eines Therapeuten bei weitem nicht ersetzen kann. Doch schon heute sind die Forschungsprojekte und Angebote unübersichtlich geworden. Und je interaktiver die Programme werden, je versierter die virtuellen Realitäten, desto teurer werden sie zunächst. Der Wettbewerb zwischen Anbietern wird daher zunehmen. Es wäre gut, wenn es ein Prüfsiegel oder seriöse Kriterien-Listen gäbe, die Betroffenen helfen, die digitalen Angebote einzuschätzen. Martin Bohus hat darüber innerhalb der DGPPN, der größten deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie diskutiert.

O-Ton 21 (Bohus):

Dieses Gütesiegel wird nicht kommen, der DGPPN hat sich dagegen ausgesprochen, aus Praktikabilitätsgründen: juristische Probleme. Wenn wir ein Gütesiegel stellen und irgendwas geschieht oder Irgendetwas passiert, das ist zu unübersichtlich, im Augenblick ist es zu kompliziert. Das ist im Augenblick der Stand.

Sprecherin:

Patienten können sich derzeit also nur selbst in die Online-Materie einarbeiten. Oder sich an den Fragen orientieren, die auch Experten wie Martin Bohus stellen würden.

O-Ton 22 (Bohus):

Gibt es wissenschaftlich basierte Untersuchungen, dass es wirksam ist? Ist die Datensicherheit so gewährleistet, dass ich mich darauf verlassen kann, dass die Daten geschützt sind? Ist es mit Therapeuten supportiert oder ist es nicht? Praktikabilität ist ein Punkt, dass das Programm einfach verständlich ist und upgedatet wird. Ist hinterlegt, dass wenn in Notfallsituationen irgendetwas auftritt, dass ich einen Kontakt aufnehmen kann mit irgendjemand, das haben die meisten guten Programme, die sind eingebettet in andere Versorgungsstrukturen. Also das sind so die Grundsatzfragen.

Musik

Atmo 5:

(Autor)

Tippen... Ah"! Woebot meldet sich wieder! Hatte ihn ganz vergessen. Er sagt, dass wir ja mit unserer Unterhaltung noch nicht zu Ende gekommen seien und ob wir sie nicht fortsetzen wollen... Na, mal sehen.“

Atmo: *Musik*

* * * * *