Online-Programme für Angstpatienten

Bitte einloggen zur Therapie!

Die Angst einfach wegeklicken? Online-Psychotherapie-Programme scheinen insbesondere für Patienten mit sozialen Phobien hilfreich zu sein. Wir sprachen mit dem Berner Psychologen Dr. Thomas Berger über Möglichkeiten und Grenzen dieser neuen „Therapieformen“.

Dr. phil. Thomas Berger, Bern

„Internet-basierte Ansätze haben sich in über 100 Studien als sehr wirksam erwiesen.“

© M&S Fotodesign/Fotolia

MMW: Viele sehen die Verlagerung der Therapie in den „virtuellen Raum“ mit einigem Misstrauen

Berger: Ich selbst bin gerne Psychotherapeut im klassischen Sinn. Aber die Internet-basierten Ansätze haben sich mittlerweile in über 100 Studien als sehr wirksam erwiesen. Gut evaluiert sind insbesondere Behandlungsansätze zu den verschiedenen Angststörungen; in dieser Indikation sind auch gute Erfolge dokumentiert. Ich bin überzeugt, dass wir erst den Anfang einer immer stärkeren Integration Internet-basierter Interventionen in bestehende Therapieformen sehen. Wenn wir diese Entwicklung verantwortungsvoll begleiten, besteht meines Erachtens kein Grund zur Sorge. Natürlich muss man differenzieren, um welche Krankheiten es geht und wie diese Konzepte traditionelle Therapien ergänzen: Während beispielsweise die Chatgruppen der Heidelberger Gruppe nach stationärer Behandlung der Rückfallprophylaxe dienen, also von der Intention her ein Add-on zur klassischen Therapie sind, setzen wir unseren Ansatz bei sozialer Phobie als vollwertige Therapie ein.

MMW: Könnte man nicht Skeptiker am besten überzeugen, wenn man in Studien eine Internet-gestützte Therapieform im

direkten Vergleich mit einer traditionellen Therapie untersucht?

Berger: Es gibt zwei Studien zu Panikstörungen, wo ein solcher direkter Vergleich gemacht wurde (eine schwedische und eine australische) – in diesen fand man keinen Unterschied.

Ein Grund, weshalb wir keine solchen Vergleichsstudien durchführen, ist: Wir erreichen einen anderen Ausschnitt der Bevölkerung. Möglicherweise ist die Gruppe, die wir übers Internet erreichen, sogar größer und repräsentativer als jene, die sich in eine traditionelle Therapie begeben. Was die soziale Phobie angeht, suchen z.B. nur 3% der davon Betroffenen einen Arzt oder eine Praxis auf.

Wir untersuchen also eine andere Population – genau das ist auch ein Vorteil. Aus diesem Grund ist ein direkter Vergleich aber auch schwierig: Mit einem entsprechenden Design könnten wir bei einem sauberen randomisierten Ansatz nur diejenigen Patienten erreichen und untersuchen, die sowieso zu einer Face-to-Face-Therapie bereit wären.

Davon abgesehen ist natürlich wichtig, zu differenzieren, bei wem die Online-Therapien wirken, denn sie wirken nicht bei allen Patienten. Unsere Forschung geht in diese Richtung: Wir wollen die voraussichtlichen Responder identifizieren können.

MMW: In manchen Wirksamkeitsstudien wurden die Teilnehmer ja aus dem Internet rekrutiert – d.h., es wurde überhaupt keine Diagnose gestellt.

Berger: Das ist eine Einschränkung, und selbstverständlich ist solch eine Stichprobe nicht repräsentativ – besser gesagt: Sie ist nicht vergleichbar mit Patienten, die konventionell therapiert werden. Der Vorteil des erwähnten Ansatzes ist, dass man eine breitere Bevölkerung erreicht. Der Nachteil: Es kommen auch Menschen ins Programm,

für welche die Behandlung möglicherweise gar nicht so geeignet ist.

Wirksamkeitsstudien, zu denen Leute sich einfach aus dem Internet anmelden können, lassen sich genau auf diese Situation generalisieren: auf Menschen, die für sich entscheiden, im Internet Hilfe zu suchen. In diesem Setting hat sich gezeigt, dass in der subjektiven Einschätzung der Teilnehmer z.B. depressive Symptome relativ stark reduziert wurden.

MMW: Wird die Wirksamkeit der Intervention dadurch nicht überschätzt?

Berger: Im Gegenteil: Wenn die Einschlusskriterien die Ergebnisse verfälschen, dann so, dass diese schlechter ausfallen als bei einer sauber definierten Patientenpopulation. Hätte man es in den Studien darauf angelegt, möglichst große Effekte zu zeigen, hätte man eher versucht, keine Testpersonen einzuschließen, die nicht so stark belastet sind. Denn je schwächer die Symptome zu Beginn sind, desto weniger stark ist die Wirkung einer Intervention. Alle Studien mit stärker depressiven Patienten zeigen daher ja auch höhere Effekte. Es gibt auf der anderen Seite auch diverse Studien, wo man die Diagnose erhebt, standardisiert, auf Basis von Interviews, fremdeingeschätzt – wie z.B. in unserem Sozialphobie-Projekt.

Ich denke, es ist gut, unterschiedliche Ansätze zur Verfügung zu haben: So können wir einerseits den Menschen etwas anbieten, die ansonsten keine angemessene Behandlung finden bzw. keinen Arzt oder Therapeuten aufsuchen würden, auf der anderen Seite aber auch Patienten mit fachgerechter Diagnose. Nur: letzterer Ansatz ist nicht so kostengünstig, und es können im Endeffekt auch weniger Menschen das Programm nutzen.

■ Interview: Waldtraud Paukstadt