

Indikation

Horst Kächele

Weichenstellungen

Der Weg zur Psychotherapie ist nicht ohne Hindernisse; viele Entscheidungen sind von den unmittelbar und mittelbar Betroffenen zu fällen. Selbst bei ausgeprägter Symptomatik vergeht oft eine lange Zeit, bis eine psychotherapeutische Behandlung tatsächlich begonnen wird (Kächele 2000).

Viele Menschen suchen Hilfestellungen für ihre seelischen Probleme zunächst im Selbstgespräch oder in Gesprächen mit Familienangehörigen oder Bekannten. Professionelle Hilfe ist oft die letzte Instanz in einer langen Kette von Selbsthilfeversuchen. Psychotherapeutische Behandlungen müssen deshalb als Ausschnitt aus einer viel größeren Zahl von psychologisch oder somatisch orientierten Veränderungsbemühungen betrachtet werden. Der Weg zur Psychotherapie schließt eine Serie von Entscheidungen an verschiedenen Stationen ein, die wie folgt klassifiziert werden können (Tab.1).

Tabelle 1: Stationen und Entscheidungstypen auf dem Wege zur Psychotherapie

Stationen		Entscheidungstyp
Laiensystem (z.B. Verwandte, Bekannte)		<i>Empfehlung</i>
Halbprofessionelle Berater (z.B. Pfarrer)		<i>Beratung</i>
Nicht-psychotherapeutische Fachleute im Gesundheitssystem (z. B. Allgemeinärzte)		<i>selektive Indikation</i>
Psychotherapeuten	a.) zu Beginn	<i>prognostische Indikation</i>
	b.) im Verlauf	<i>adaptive Indikation</i>

Begriffsklärung

Der Begriff der Indikation beschreibt die Aufgabe, für einen Patienten eine geeignete Therapie zu finden. Die schlichte Formulierung des Problems verspricht leider keine einfache Lösung. Verschiedene Komponenten verändern sich dynamisch:

- Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wandeln sich sowohl beim Individuum als auch in der Gesellschaft.
- Bestimmte Krankheiten verlieren an Bedeutung und andere, bis dahin unbekannte oder unbeachtete, finden vermehrt Aufmerksamkeit.
- Neue Therapieformen entstehen; einige, die sich bewährt haben, werden gepflegt oder weiterentwickelt, andere werden aufgegeben.
- In Wechselwirkung damit ändern sich auch die Vorstellungen über das, was 'geeignet' meint.

Die Wunschvorstellung, für jede durch eine Diagnose gesicherte Krankheit eine - möglichst kausal - wirksame Behandlung zu finden, ist eine Illusion. Der leidende Mensch, mit seinen individuellen Behandlungswünschen und Gesundungsmöglichkeiten muss berücksichtigt und mit den persönlichen und professionellen Kompetenzen eines Therapeuten abgestimmt werden. Die Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit, müssen in ihrer Bedeutung für die Indikation reflektiert werden.

Die Hauptbeteiligten - Patienten und Therapeuten - handeln unter von ihnen nur wenig beeinflussbaren institutionellen, gesellschaftlichen oder ökonomischen Rahmenbedingungen Lösungen miteinander aus. Die Vision einer 'maßgeschneiderten Therapie' ist mehr denn je in die Ferne gerückt. In einem dialogischen Begründungsmodell müssen verschiedene Therapiemöglichkeiten auf dem Hintergrund des vorliegenden Wissens (aus verschiedenen

Perspektiven) bewertet werden. Das Ergebnis sind nicht 'richtige' oder 'falsche' Indikationsentscheidungen, sondern 'gut' oder 'schlecht' begründete Wahlen.

Prognostische Indikation

Bei der *Prognostischen Indikation* richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Situation am - unmittelbaren - Beginn einer Psychotherapie, wo die Eigenschaften von Interesse sind, die der Patient bereits 'mitbringt' und die für das Ergebnis prädiktiv sein können.

Heigl (1987) unterschied phänomenale prognostische und strukturell prognostische Kriterien:

- Art und Schwere der Symptomatik,
- Schwere und Bedeutung der Auslösesituation,
- Art der prämorbid (kindlichen) Entwicklung sog. Primordialsymptomatik,
- psychodynamische Struktur,
- Gewicht der chronifizierenden sozialen Umgebungsbedingungen.

Das Wissen um die Ausgangsbedingungen kann erste Überlegungen leiten, welche therapeutischen Maßnahmen in der Lage sein können, positive Veränderungen beim Patienten herbeizuführen.

Mit der Einbeziehung des potentiellen Ergebnisses, Erfolg und Misserfolg, wird das Konzept der prognostischen Indikation erweitert und wird dann als *bedingte prognostische Indikation* bezeichnet. Die Frage nach der Indikation einer bestimmten Art von Therapie (oder auf den Verzicht) wird hier zur Frage nach der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlungsmaßnahme bei gegebenen Patienten-, Störungs-, Therapeuten- und Zielmerkmalen. Eine bedingte prognostische Indikation ist somit der Versuch, zu spezifizieren, unter welchen Bedingungen welche Veränderungen zu erwarten sind. Generell finden sich trotz einiger ambitionierter Studien nur wenige eindrucksvolle Beziehungen zwischen Einzelmerkmalen und dem Erfolg einer Psychotherapie; dies gilt zumindest dann,

wenn man empirische Befunde sorgfältig bewertet (und nicht nur die Überlegenheit der 'eigenen' Schule sehen will).

Ein komplexes Modell der Indikation

Indikationsentscheidungen entstehen in komplexen mehrstufigen sozialen Prozessen: verschiedene Personen mit unterschiedlichen Motiven und Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen sind in verschiedenen Rollen - z. B. als Patient, als Therapeut, aber auch als Partner, als Angehöriger oder als Arbeitgeber - beteiligt. Es geht um rückgekoppelte Prozesse insofern, als die Konsequenzen vorhergehender Entscheidungen die aktuellen beeinflussen. Viele Detailinformationen müssen zusammenfassend bewertet werden, dabei sind kompliziert miteinander verbundene Teilprobleme zu lösen, und schließlich sind solche Teillösungen in möglichst eindeutige Handlungsentscheidungen zu integrieren.

Beutler & Clarkin (1990) haben für dieses Schlüsselproblem jeder Therapie das "Modell einer differentiellen Behandlungswahl" vorgeschlagen.

Es gilt, "anzuwenden was wir wissen über 'wann was für wen wirken kann' und die Anwendung behandlungstechnischer Prozeduren für spezifische Arten von Patienten und Problemkonstellationen zu fördern". Das Modell systematisiert die große Menge verfügbarer Forschungsergebnisse und lässt gleichzeitig die gegenwärtigen Wissenslücken deutlich werden..

Das Modell verknüpft verschiedene Variablen, die in nahezu allen Indikationsüberlegungen eine zentrale Rolle spielen:

Ausgangsbedingungen des Patienten

Hierzu zählen als Unterklassen die diagnoserelevanten Aspekte, die Persönlichkeit und die persönlichen Lebensumstände. Im Gegensatz zu den somatisch orientierten Teilgebieten der Medizin spielt die Diagnose für die Indikation zur Psychotherapie eher eine untergeordnete Rolle. Die

Spezifitätshypothese, d.h. die Annahme, dass bestimmten Krankheiten ein jeweils spezifischer Konflikt zugrundeliege, konnte in empirischen Studien nicht gestützt werden; für eine von manchen erhoffte kausal-wirksame Therapie fehlen also immer noch überzeugende empirische Argumente. Dennoch sind diagnostische Beurteilungen für die klinische Diskussion durchaus von Bedeutung. Sie führen unter Berücksichtigung von Aspekten der Persönlichkeit (z. B. Persönlichkeits- oder Abwehrstruktur) und den individuellen Lebensumständen (z. B. familiäre und berufliche Situation, Partner oder Freunde etc.) zu einer ersten Orientierung in Bezug auf die Art und die Zielsetzung einer möglichen Behandlung.

Der Behandlungsrahmen

Der Behandlungsrahmen wird durch

- die äußere Form des Settings (z. B. ambulant oder stationär),
- den Therapiemodus (z.B. Psycho- oder Pharmakotherapie, Einzel-, Gruppen-, Familientherapie, kombinierte Therapien), sowie
- durch den Gesamtumfang der Therapie und seine Verteilung über die Therapiedauer charakterisiert.

Bei ambulanten Behandlungen sind diese Komponenten leicht zu unterscheiden, auch wenn sie sich oft wechselseitig bedingen. So führt die Frequenz der wöchentlichen Sitzungen bei psychodynamischen Therapien zu bestimmten empirisch bestätigten Schätzungen über die Gesamtdauer der Behandlung (Kächele 1990); bei stationären Behandlungen wird der Gesamtaufwand oft durch vorgegebene Aufenthaltszeiten von Seiten der Kostenträger limitiert, auch wenn innerhalb von Behandlungsprogrammen in unterschiedlichem Maße 'Behandlungspakete' zum Tragen kommen (Kächele et al. 1999). In diesem Sinne sind die drei Teilkomponenten aufeinander bezogen. Das gilt insbesondere für die Entscheidung über den Therapieaufwand, insbesondere der Frequenz und Therapiedauer. Damit wird eine weitere - von vielen an der Therapie Beteiligten als extern angesehene - Dimension ins Blickfeld gerückt. Die übergeordnete Aufgabe besteht darin jenen Therapieaufwand zu identifizieren, der den größten Effekt auf die wichtigsten und umfassendsten

Probleme hat und die geringsten Kosten aufweist. Gerade dieser letztgenannte Aspekt hat in den aktuellen Diskussionen über Kostenbegrenzung im Gesundheitssystem eine hohe Aktualität gewonnen. Um für verschieden schwer gestörte Patienten vergleichbare Chancen auf eine erfolgreiche und damit auch wirtschaftliche Behandlung sicherzustellen, ist ein erheblich unterschiedlicher therapeutischer Aufwand zu leisten.

Teilprobleme dieses Ausschnittes der Indikationsfrage lassen sich unter dem Begriff "Differentialindikation" subsumieren. Es ist unbestritten, dass eine breite und über viele Jahrzehnte gewachsene klinische Erfahrung gute Begründungen für Entscheidungen zwischen verschiedenen 'konkurrierenden' Behandlungsalternativen abgibt. So liegen für die Borderline Persönlichkeitsstörung inzwischen vier evidenz-basierte Behandlungsmöglichkeiten vor. Die empirischen Befunde der Ergebnisforschung reichen jedoch nicht aus, um eine "präskriptive" Differentialindikation zu begründen (Levy 2008). Dieses Urteil erleichtert den klinischen Alltag sicher nicht. Empirisch gesichertes Wissen reicht nicht aus, um bindende Orientierungspunkte für den Indikationsprozess zu setzen; einen weit stärkeren Einfluss auf die konkreten Ergebnisse von Indikationsprozessen haben die zu einem bestimmten Zeitpunkt lokal und personell verfügbaren Therapieverfahren. Die persönlichen Erfahrungen, die Therapeut und Patient selbst gemacht haben oder die ihnen bekannt geworden sind, spielen eine vielfach unterschätzte Rolle.

Die therapeutische Beziehung:

Nicht jeder Patient 'kann' mit jedem Therapeuten. Diese Alltagserfahrung findet in den offiziellen Behandlungstheorien und Ausbildungsplänen im Allgemeinen wenig Beachtung. In der konkreten Praxis wird dieses Problem durch Selektion geregelt: mehr oder weniger reflektiert wählen erfahrene Therapeuten die Patienten aus, mit denen sie erfolgversprechend arbeiten können. Genauso nehmen sich mit wachsender Therapeutendichte Patienten die Freiheit, den zu ihnen 'passenden' Therapeuten auszuwählen.

Es ist derzeit wenig darüber bekannt, nach welchen Gesichtspunkten Patienten sich 'ihren' Therapeuten aussuchen; diese 'systematische' Wissenslücke birgt in

Bezug auf die Patienten-Therapeuten-Passung unbekannte, aber evtl. beträchtliche Risiken in Bezug auf das Ergebnis einer Psychotherapie. Das persönliche 'intuitive Geschick' von Patient und Therapeut, sich das jeweils passende 'Gegenüber' auszuwählen ist nur ein Aspekt. Ergänzt werden muss er durch eine erlernbare Fertigkeit des Therapeuten. Es gilt die Behandlungsbedingungen auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten abzustimmen (was nicht heißt, dass man sie einfach übernimmt) und so die positiven Erwartungen und Hoffnungen - im Sinne der "Remoralisierung" nach Frank 1982) - zu nutzen. Auf diese Weise wird die therapeutische Arbeitsbeziehung gestärkt und so mittelbar die Basis für eine effektive Behandlung geschaffen.

Adaptive Indikation

Adaptive Indikation - im Unterschied zu prognostischer Indikation - betont die Anpassung der Wahl und der Gestaltung der Therapie im Prozess. Das Konzept der adaptiven Indikation stammt ursprünglich aus der Verhaltenstherapie, die sich bei ihren symptom-orientierten Therapiestrategien ausdrücklich auf die speziellen funktional-analytisch erfassten Eigenarten des Patienten einzustellen hatte. Die Planung des therapeutischen Prozesses und explizite Formulierung von Zielen und Zwischenzielen mag auf den ersten Blick dem psychodynamischen Verständnis fremd ein. Die tradierte Theorie der Heilung in der Psychoanalyse wurde allzuoft im Sinne eines Homogenität-Mythos (ein Prozess für alle und alles !) missverstanden (Thomä & Kächele 2006), obwohl schon Freud auf adaptive Aspekte im Behandlungsprozess hingewiesen hatte. Zentral für die adaptive Indikation ist die Beobachtung des Patienten in der therapeutischen Situation selbst. In Abhängigkeit von dem Prozess werden Entscheidungen über die formale Gestaltung der weiteren Therapie getroffen, es werden Erhöhungen oder Verminderungen von Wochenstundenzahlen, Vereinbarungen über Unterbrechungen oder Beendigungen verabredet. Manche Autoren gehen gar so weit, dass sie auch einzelne therapeutische Interventionen als Resultat von adaptiven (in-situ) Indikationsentscheidungen sehen. Zumindest

ist es im stationären Setting nicht übertrieben, die tägliche Teambesprechung als einen zentralen Ort der adaptiven Indikationsüberlegung zu verstehen (Janssen 1987).

Die Integration, sei es nacheinander oder gleichzeitig, verschiedener Behandlungsansätze ist gegenwärtig in der stationären Psychotherapie weit verbreitet (von Wietersheim et al. 2008); in der ambulanten Therapie wird von diesen adaptiven Möglichkeiten der Indikation noch zu wenig Gebrauch gemacht (s. a. Fürstenau 1992). Bedauerlicherweise stehen dem *noch immer* auch entsprechende Anweisungen der Richtlinien-Psychotherapie entgegen (Rüger et al. 2005).

Die Aufklärungspflicht des Psychotherapeuten gegenüber seinen Patienten bezüglich der Begründung der gewählten Psychotherapie erfordert vom Therapeuten nicht nur, dass er das vorliegende evaluative Wissen kennt. Darüber hinaus muss er sich zur Optimierung des Prozesses der Indikationsstellung an einer Vielfalt von seelischen und sozialen Aspekten des Patienten und seines Umfeldes orientieren; dabei spielen unvermeidlich implizite Wertsetzungen des Patienten und des Therapeuten eine maßgebliche Rolle. Das ethische Problem der Indikation rührt daher, dass es selten rein aus der Krankheit ableitbare Ziele sind; die Therapie mit seelischen Mitteln lebt von Zielen, die mit dem Patient gemeinsam erarbeitet werden können (Strotzka 1982). Diese bilden dann auch eine verlässliche Basis für die ebenfalls indikations-relevante Motivation, den Wunsch des Patienten nach Veränderung.

Ausblick

Indikation zur maximal geeigneten Therapie im einzelnen Fall ist eine - evtl. sogar riskante- Wunschvorstellung. Es geht darum, eine möglichst optimale Lösung für die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten im gerade aktuellen Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Die Alternative "therapie-geeignet vs ungeeignet" sollte allenfalls für einen bestimmten Augenblick die Entscheidungsfindung leiten; mittelfristig muss sie immer als Herausforderung begriffen werden, geeignete Methoden für diese

"therapie-ungeeigneten" Patienten zu entwickeln (Becker & Senf 1988). Eine Psychoanalyse ist ebenso wenig für jeden Patienten "die" richtige Wahl wie eine Verhaltenstherapie. Das heute zur Verfügung stehende Spektrum wissenschaftlich begründeter, psychotherapeutischer Verfahren und ihrer (Setting-)Varianten ist so breit, dass es auf die Findigkeit des Therapeuten ankommt, eine für seinen Patienten geeignete, und für diesen auch annehmbare Behandlung zu finden. Die Befunde der Therapieforschung berechtigen zu der optimistischen Haltung, dass es sich für die ganz überwiegende Zahl der Patienten lohnt, das Wagnis einer Psychotherapie einzugehen; irgendeine Art von Psychotherapie - die sich wissenschaftlicher Prüfung gestellt hat - dürfte für viele besser sein als keine Psychotherapie. Das Risiko, eine suboptimale Entscheidung zu treffen, ist im Vergleich dazu gering (Kächele & Kordy 2003; Kordy & Kächele 2003).

Klinische Entscheidungen wie die Indikationsstellung sind immer kompliziert. Ein professioneller Helfer mit besonderen Kompetenzen und daraus resultierender Verantwortung, nämlich der Therapeut, und ein leidender, von gerade diesen Kompetenzen in bestimmter Weise Abhängiger, nämlich der Patient, handeln miteinander "geeignete" therapeutische Maßnahmen aus. Dies muss trotz der offensichtlichen Asymmetrie der Beziehung geschehen.

- Becker H, Senf W (Hrsg) (1988) Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Beutler LE, Clarkin JF (1990) Systematic treatment selection. Brunner/Mazel Publ., New York
- Frank J (1982) Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. Johns Hopkins Press, Baltimore. Dt. Die Helfer. Klett-Cotta, Stuttgart, 1985
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Verlag J. Pfeiffer, München
- Heigl F (1987) Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. 3. Auflage Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Janssen P (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett, Stuttgart
- Kächele, H. (1990) Wie lange dauert Psychotherapie. Psychother Psychol Med

- 40: 148-151.
- Kächele, H. (2000) Wege und Umwege zur Psychotherapie - und Irrwege? Psychotherapie Forum 8: 14-21.
- Kächele H & MZ –ESS (1999): Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen. Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother Psychol Med 49: 100-108
- Kächele H, Kordy H (2003) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler RH et al. (Hrsg) Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. Urban & Fischer, München, Jena, S.425-436
- Kordy H, Kächele H (2003) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In R. H. Adler et al. (Hrsg) Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. Urban & Fischer, München, Jena S. 555-564.
- Levy, K. (2008) Psychotherapy and lasting change. Am J Psychiatry 165: 556-559.
- Rüger, U., A. Dahm, et al. (2005). Faber-Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Urban & Fischer, München Jena,.
- Strotzka H (1982) Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. Springer, Wien New York
- Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. 3. Auflage
- Von Wietersheim, J, et al. (2008) Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie - Versuch einer Standortbestimmung." Psychotherapeut, im Druck.