



Welttag des Buchs zur Coronazeit: Sevilla, Spanien, im April
Foto: Salomé Montes/dpa

„Auch per Video kann es intensiv werden“

Die Coronakrise hat bei vielen Patient:innen Ängste freigesetzt, sagt die Hamburger Psychotherapeutin Ulrike Lupke. Eine Möglichkeit, den gestiegenen Therapiebedarf zu decken, sei das Angebot von Videogesprächen. Das funktioniere nicht bei allen, aber bei vielen

Interview **Alina Götz**

taz: Frau Lupke, was kann eine Extremsituation wie der Corona-Lockdown mit unserer Psyche machen?

Ulrike Lupke: Stellen wir uns ein routiniertes Leben vor – die Kinder sind in der Schule, finanziell hat man sich arrangiert, psychisch auch halbwegs. Und plötzlich habe ich drei Kinder zu Hause, mache mir finanzielle und gesundheitliche Sorgen. In so einer Extremsituation versagen manchmal unsere Bewältigungskompetenzen. Wer von diesen in seinem Leben wenig erlernt hat, hat da ein Problem. Ich befürchte, dass wir viele extreme Fällen gar nicht mitbekommen, die sich zu Hause abspielen. Zum Beispiel von Eltern, die reizbar, laut und gewalttätig werden.

Wie haben Sie mit Ihrer Arbeit auf den Lockdown reagiert?

Ich habe mir Mitte Februar schon gedacht, dass die Situation nicht gut wird. Vor allem in einem Arbeitsfeld, in dem der direkte Kontakt so bedeutend ist. Wir haben Ende Februar beschlossen, uns zu rüsten und Anfang März einen Anbieter für Videotherapie gesucht, der Datensicherheit gewährleistet. Als in Ägypten der erste Deutsche gestorben ist, haben wir schon mit Videotherapie angefangen. 80 Prozent der Leistungen haben wir dann hauptsächlich auf Video- und zu einem kleineren Teil auf Telefontherapie umgestellt. Seit den ersten Lockerungen Ende April können die Patienten und Therapeuten selbst entscheiden, was sie bevorzugen.

Wurde dieses Vorgehen akzeptiert?

Für alle war das ein Sprung ins kalte Wasser. Aber bei allen – Patienten und Therapeuten – herrschte da riesiges Verständnis und Erleichterung, dass es überhaupt weiterging. Für die Ausbildungskandidaten an unserem Institut wäre ja sonst die Ausbildung unterbrochen worden. Die Patienten waren in dieser ungewissen Situation sehr dankbar, weiterhin psychotherapeutisch versorgt zu sein. Insgesamt ging das viel besser, als wir dachten. Auch per Video kann es persönlich und intensiv werden – wenn auch nicht so sehr wie im direkten Kontakt. Nur bei Patienten, bei denen es nicht anders ging oder die nicht die technischen Möglichkeiten hatten, haben wir keine Videogespräche durchgeführt.

Warum ging es denn mit manchen Patient:innen nicht?

Weil wir teils stark emotional arbeiten, also zum Beispiel Vorstellungsbildungen machen, um belastende Situationen aus dem bisherigen Leben nochmals nachzuerleben, um neue Bewältigungsformen dafür zu finden. So ein Zurückversetzen hat etwas Heilendes, weil unser Hirn sich dann neu vernetzen kann. Dennoch haben viele Patienten davor Angst, weil es sehr emotional sein kann. Und wenn man dann alleine vor dem Computer sitzt, kann das überfordernd sein. Manchmal braucht es einfach das wirkliche Gegenüber, das sagt: Ich bin da.

... und die Emotionen dann auch auffangen kann.

Genau. Es gibt auch Momente, in denen ich einen Patienten einfach mal weinen lasse, weil das gerade richtig ist. Und dann sitzt der weinend 50 Kilometer entfernt – das ist nicht schön. Auch das Thema Suizidalität ist schwierig. Man weiß nie sicher, ob sich ein Mensch etwas antut, aber im persönlichen Kontakt kriegt man einfach mehr mit. Die Horrorvision ist ja, dass ein Patient sagt, ich bin suizidal und dann den Rechner ausschaltet. Das möchte ich nicht erleben, da sind Grenzen der Videotherapie. Auch wenn es um Konfrontationsübungen geht, die in der Verhaltenstherapie gängig sind. Unangenehme Situationen, die man sonst vermeidet, können starke Emotionen auslösen.

Haben sich in der letzten Zeit mehr Menschen an Sie gewandt?

Ja, einige sind in den letzten Monaten an ihre Grenzen gekommen. So hatte eine Patientin schon immer mit Krankheitsängsten zu tun und sieht sich jetzt bei ihrer Arbeit in Geschäften einer Bedrohung ausgesetzt. Wir haben nun mal alle unterschiedliche Sicherheitsstandards, die in dieser Situation plötzlich sehr relevant werden. Und dann kommt auch noch Angst um seinen Arbeitsplatz dazu, wenn man auf die Einhaltung der Sicherheitsvorkehrungen hinweist. Für jeden von uns gibt es, glaube ich, eine Lebenssituation, die zu schwierig wird. Jeden kann man so sehr stressen, dass er Hilfe braucht.

Und in Zeiten der breiten Hygienevorschriften trifft es jetzt die, die zu Zwangsstörungen neigen.

Genau, wobei ich eher von einer besonderen Ängstsensitivität sprechen würde. Auf der anderen Seite haben sich aber die Patienten, die schon bei uns in Behandlung waren, tapfer gehalten. Wer alleinstehend und depressiv ist und dem ich sonst Kontakte und Aktivität empfehle, scheint ja erst einmal aufgeschmissen. Denn Depressionen gehen oft mit einer Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug einher. Während einer Kontaktsperre Pläne zu erarbeiten, wie man abends vom Sofa runterkommt, ist schwierig.

Wie sind Menschen mit Depression dann zurecht gekommen?

Online haben sich unglaublich viele Gruppen gebildet, die Austausch ermöglicht haben. Oder auch in der Nachbarschaft: Denken Sie daran, als die Leute plötzlich abends auf dem Balkon Konzerte gemacht haben! Es gab einen Aufbruch mit Alternativen. Wir haben dann mit den Patienten geguckt, was sie sowieso schon immer mal machen wollten und welche Angebote, zum Beispiel für Yoga, es im Internet dazu gibt.

Das heißt, so richtig katastrophal wurde es für niemanden?

Ehrlich gesagt nein. Aber unser Blick ist sehr selektiv. Die psychotherapeutische Versorgungssituation ist ja sehr schlecht. Auch in meiner Praxis gibt es eine lange Warteliste, genau wie in unserem Ausbildungsinstitut. Wir werden also wenig als Notfallkontakt betrachtet.

Menschen mit drohendem Burn-out hat

die Situation dagegen bestimmt geholfen, oder?

Ja. Aber wir alle hatten ja Zeit zum Luft holen. Inzwischen erlebe ich aber, dass Existenznöte größer werden, gerade im Gastronomie- oder Kulturbereich. Manche werden vielleicht keine Förderung erhalten und fragen sich, warum die Lufthansa neun Milliarden Euro bekommt und man selbst an der Krise verreckt.

Sie sagen, noch viel mehr als ohnehin schon findet online statt. Ist das eine Chance, weil die Hemmschwelle, daran teilzunehmen, niedriger ist?

Ja, klar, aber auf der anderen Seite auch eine Chance zum Vereinsamen. Und es gibt noch eine dritte Chance für einen neuen Typ Patient, für den früher eine Therapie keine Option war, weil er so viel unterwegs ist. Wir werden nun oft gefragt, ob Termine nicht trotz Dienstreise als Videogespräch wahrgenommen werden können. Und das geht jetzt. Wie die Kassenärztliche Vereinigung in Zukunft die Rahmenbedingungen dafür setzt, weiß ich aber noch nicht. Seit Oktober können 20 Prozent der Leistungen online stattfinden. Momentan natürlich noch viel mehr.

Wie kann dieses Format auf Dauer funktionieren?

Wir haben in letzter Zeit gemerkt, dass es nach dreimal Videotherapie für den Verlauf der Therapie sehr sinnvoll ist, den Patienten einmal real zu sehen. Reine Videotherapie ist nicht die Zukunft, eher ist es eine Mischung. Bei uns aber äußern Therapeuten und Patienten schon den Wunsch, zu einem persönlichen Kontakt zurückzukehren – trotz Mehraufwand für die Patienten. Das finde ich ein bisschen schade.

Wieso?

Weil ich darin neue Möglichkeiten sehe. So gibt es das Konzept der Blended-Therapie, die noch nicht von der Krankenkasse bezahlt wird. Digitale Angebote werden mit Persönlichem und Videokontakt verbunden. Dem Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung ließe sich begegnen, wenn es gelänge, die Zeit der Therapeuten besser zu nutzen, indem zum Beispiel über eine App in der Verhaltenstherapie ohnehin gängige Hausaufgaben durchgeführt werden. Nicht für alle, aber für ein paar Patienten wird diese Therapieform funktionieren. Aber wir werden so oder so den persönlichen Kontakt brauchen.



Foto: Mova

Ulrike Lupke 56, ist Supervisorin und psychologische Psychotherapeutin und leitet das Institut für Moderne Verhaltenstherapie in Hamburg (Mova), das sie 2007 gegründet hat.