

Was ist, kann und soll „künstliche Psychotherapie“? Und was nicht?

Was hat eine erfahrene Psychosomatikerin, die sich schwerpunktmäßig mit Patient*innen mit körperlichen Beschwerden beschäftigt und die in einer modernen Unfallklinik zwar viel mit technischen Hilfsmitteln zu tun hat, aber selbst – auch gerade deshalb – ganz technologiefrei in der persönlichen Begegnung arbeitet, zum Thema Digitalisierung der Psychotherapie zu sagen? Constanze Hausteiner-Wiehle geht es in ihrem Beitrag um eine klinisch-anthropologische Perspektive. Sie lenkt den Blick auf die menschliche Kreativität, Vieldeutigkeit und Verletzlichkeit, Leibhaftigkeit und Bezogenheit – und zeigt, wie diese in der humanen Psychotherapie wohl besser geschützt, gefördert und genutzt werden.

1. Das Konzept ‚Psyche‘

Als ‚Psyche‘ bezeichnen wir ein recht individuelles Konglomerat aus Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen, Intentionen, Motiven, Träumen, Intelligenz, Empathie und so weiter. Eine stabile Psyche verspricht ein positives Selbstverständnis, soziale Integration und Erfolg, wohingegen Störungen der Psyche als besonders disruptiv und als behandlungsbedürftig empfunden werden. Professionelle Psychotherapie im heutigen Sinne, also die Behandlung von psychischen Störungen mit psychischen Mitteln, entwickelte sich vor etwa 150 Jahren, am Ende des 19. Jahrhunderts, einige Jahrzehnte nach Beginn der Industrialisierung, aus der Pariser und Wiener Bourgeoisie heraus. In modernen Medizinsystemen hat sie inzwischen einen festen Platz.

In vielen Naturvölkern und östlichen Kulturen spielen die Konzepte Psyche, psychische Erkrankungen und Psychotherapie dagegen eine viel geringere oder gar keine Rolle. Man könnte sagen, dass Psychotherapie an der kollektiven Identitätskrise und Kontingenzenexplosion westlicher Industriegesellschaften mit ihren vielen Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, ihrer Betonung von Individualität und materiellem Wohlstand, zugleich aber der damit verbundenen Überforderung und

Entfremdung von Familie, Arbeit, Natur und Spiritualität parasitiert (Fuchs, 2011). Man kann aber auch sagen, dass sie eine notwendige oder zumindest schlüssige Reaktion auf die Moderne darstellt, möglicherweise also geradezu dafür erfunden wurde, deren Defizite auszugleichen. Denn Psychotherapie verspricht Kohärenz: Von ihr erhoffen sich Menschen eine Klärung ihrer individuellen Identität (wer bin ich?), ein Verstehen ihres Innenlebens (wie bin ich?) und eine gesellschaftliche (Re-)Integration (wo gehöre ich hin?).

2. Vielversprechende neue Technologien

Derzeit ist der Psychotherapie-Bedarf groß und steigt weiter. Psychotherapieplätze sind rar, Wartelisten lang. In dieser Situation sind die neuen Technologien – sowohl für Menschen, die sich Therapie wünschen, als auch für solche, die sie anbieten – verführerisch. Anwendungen wie VR-Brillen, textbasierte Dialogsysteme oder trainierte generative Sprachtransformationsprogramme werden bei weitem nicht mehr nur für Alltagsthemen, sondern auch für die psychische Gesundheit genutzt. So wird z.B. das Selbst-Monitoring mentaler Zustände immer üblicher (Friedrich et al., 2021). Dies erleichtert die Selbst-Reflexion, aber auch psychische Diagnostik bzw. die sogenannte Psychometrie. Mit ein paar Klicks auf dem Tablet, womöglich noch abgeglichen mit digitalen Tagebüchern und physiologischen Aufzeichnungen der Smartwatch, können differenzierte Selbst-Beschreibungen erstellt werden. Möglicherweise können neue Technologien psychische Zustände dereinst sogar besser einschätzen als menschliche Gegenüber, können z.B. besser Gefühle, Lügen und Suizidabsichten detektieren. Schon wird über Neuroenhancement, Mind Transfer und Mind Uploading phantasiert (Schmitz, 2023), die Vorstellungen von einer grandiosen, unsterblichen Seele ab- und dann einzulösen scheinen.

Auch die therapeutischen Möglichkeiten von Robotik, künstlicher Intelligenz (KI), Virtual und Augmented Reality (VR/AR) in Bezug auf Dialog, Support, Exposition und Übung sind faszinierend: Es gibt beispielsweise soziale Roboter für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Autismus-Spektrum-Störungen oder sexuellen Schwierigkeiten (Fiske et al., 2019; Holohan & Fiske, 2021) und Chatbots, die die Rückkehr in die Arbeitsfähigkeit fördern sollen (Iglesias et al., 2023) oder für seelisches Wohlbefinden oder Selbstoptimierung sorgen sollen (Holohan & Fiske, 2021). Sie bieten einfachen, barrierefreien Zugriff,

durch ein paar Klicks auf dem Tablet oder Smartphone. Sie sind rund um die Uhr verfügbar, nie krank, im Urlaub oder im Streik. Man kann sie zwischendurch für ein paar Minuten an der Bushaltestelle oder auf dem Sofa nutzen. Man kann sich bei nächster Gelegenheit wieder in einen scheinbar unveränderten Dialog ein-, sich aber auch ganz unkompliziert ausloggen oder mit der Nutzung aufhören. Solange die Stromversorgung gesichert ist, machen sie endlich auch Menschen erreichbar, die nicht reisen, hören, sehen oder sprechen können, bzw. eine andere Sprache mit anderen Konnotationen und kulturellen Feinheiten sprechen. Oft ist die Nutzung anfangs kostenlos.

Manche dieser Anwendungen verstehen sich geradezu als Gegenentwürfe zu Psychotherapie („no couches, no meds, no childhood stuff“; Meet Woebot for Adolescents, 2023). Sie werben damit, kontaktlos und nicht-urteilend zu sein und gerade nicht zu therapieren. Sie erleichtern Menschen mit psychischen Problemen den Zugang zu niedrigschwelliger Beratung und Unterstützung. Im besten Falle erleichtern sie die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen und Krisen und reduzieren psychische Symptome (Fiske et al., 2019; Milne-Ives et al., 2022; Sedlakova & Trachsel, 2023). Kürzlich beschrieb eine kleine Studie bei orthopädischen Schmerzpatienten eine deutlichere und breitere Beschwerdelinderung, wenn sie zwei Monate lang von einem Chatbot anstatt einer humanen Psycholog*in oder auch gar nicht beraten wurden (Leo et al., 2022). Bald werden solche Anwendungen preisgünstiger sein als humane Psychotherapie.

Verwendet werden eine gängige Chat-Optik und ein lockerer Plauderton mit eingestreuten Scherzen. Die Chatbots bzw. Roboter werden durch cleane und sympathische, anthropomorphe oder tierische Freunde, Partner oder Ratgeber repräsentiert, z.B. attraktive junge Frauen namens Tess, Mitsuksu, Sophia oder Clare oder einen niedlichen kleinen Pinguin wie Wysa, ein gelbes Roboterkerlchen mit sympathisch schiefgelegtem Kopf und großen Kulleraugen wie Woebot. Es gibt zahlreiche Assoziationen mit Spielzeug oder coolen technischen Gimmicks, nicht nur bei den Apps, sondern auch bei der Hardware, die in immer neuen, verbesserten Versionen erscheinen. Die bisher verfügbaren der in Deutschland verschreibungspflichtigen „digitalen Gesundheitsanwendungen“ (DiGAs) für psychische Erkrankungen kommen im Vergleich dazu zwar etwas sachlicher daher, aber keine gleicht einem realen Wartezimmer oder einer realen Station.

Nicht nur die Technologien selbst, auch ein technisches, menschliches Selbstverständnis im Allgemeinen und in der Psychotherapie im

Besonderen scheint sich zu verbreiten: Patient*innen bevorzugen Berater*innen oder Coaches statt Therapeut*innen. Patient*innen erwarten von Psychotherapie, mit Tipps versorgt, mit Energie aufgeladen, optimiert oder repariert zu werden. Therapeut*innen, vor allem wenn sie verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind, arbeiten mit standardisierter Diagnostik, manualisierten Interventionen, festgesetzten Outcome-Zielen und einer neutral-affirmativen Grundhaltung. Psychoedukation, also Patient*innenaufklärung über medizinisch-psychologische Fakten, ist ein wichtiger Behandlungsaspekt geworden. Therapeut*innen wie Patient*innen benutzen eine erstaunlich menschliche Sprache für Maschinen (Computer sind intelligent, Kameras sehen uns) bzw. eine erstaunlich technische Sprache für Menschen (leerer Akku, ein Gegenüber wird gescannt). Das kommentarlose Abschalten von Beziehungen, das sogenannte Ghosting, wird bei Verabredungen, Bewerbungen, aber auch in der Therapie immer verbreiteter. Zuweilen scheint das moderne biotechnologische Menschenbild Menschen als eine Art unzulänglicher Informationsverarbeitungssysteme zu sehen, die nach der Resistenz und „Superintelligenz“ von Computern streben sollten (Hemel, 2020).

Zugegeben: Bisher macht die KI arge Patzer, beschimpft oder entwertet Benutzer*innen, gibt falsche Antworten, erfindet Quellenangaben und erteilt gefährliche Ratschläge. Allerdings tun das auch menschliche Psychotherapeut*innen, die in Einzelfällen Patient*innen sogar physisch bzw. sexuell misshandeln. Psychotherapie kann auch schaden, Psychotherapeut*innen neigen zur Selbstüberschätzung (Linden & Strauß, 2018). Zuweilen tolerieren oder fördern Psychotherapeut*innen die Abhängigkeit ihrer Patient*innen von der Therapie, etwa aufgrund persönlicher Verbundenheit, Bequemlichkeit oder ökonomischer Überlegungen. Zuweilen wird der Psychotherapie vorgehalten, sie sei zu kognitiv, behandle Menschen zu sehr wie isolierte Gehirne anstatt verkörperter und verbundener Lebewesen und denke und handle zu wenig biopsychosozial und prosozial (Gilbert, 2019). Bei bestimmten Fragestellungen ist sie zwar hocheffektiv, kann Lebensqualität und Leistungsfähigkeit nachhaltig verbessern und einen wichtigen Wendepunkt im Leben darstellen. Allerdings ist sie, nicht allein global gesehen, bisher nur für eine kleine Gruppe von Menschen zugänglich, und die Effektstärken der verschiedenen Verfahren sind nur moderat. Zudem wird Psychotherapie in der Öffentlichkeit immer noch, teilweise sogar wieder vermehrt, mit Be- oder gar Verurteilung und Stigmatisierung assoziiert. Ergo: Nicht nur der Mangel an Therapieplätzen, sondern auch die Fehlbarkeiten von Psychotherapie und Psychotherapeuten sind ungelöste Probleme, und

vielleicht passt die klassische Psychotherapie ohnehin immer weniger zu modernen Menschen und Gesellschaften.

Sind die neuen Technologien also die Zukunft der Psychotherapie? Nachfolgende orientierende Gegenüberstellung der jeweiligen Arbeitsweisen zeichnet ein eher kritisches Bild.

3. Wie funktioniert Psychotherapie?

Psychotherapeut ist ein sogenannter ‚freier‘, gesetzlich geschützter Heilberuf mit komplexer Ausbildung und den strengen standes- und berufsrechtlichen Regelungen des Psychotherapeutengesetzes, der länderspezifischen Heilberufsgesetze und des Patientenrechtegesetzes. Psychotherapie ist kein Gewerbe und keine Dienstleistung. Ein wesentlicher Grundsatz lautet wie in der Medizin „primum nil nocere – erstens nicht schaden.“ Therapeut*innen (bzw. psychotherapeutische Kliniken) können mit ihren Namen und Qualifikationen eingesehen werden, die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, auch für wissenschaftliche Studien, sind transparent, Kunstfehler einklagbar. Irreführende Werbung ist verboten.

Eines der Grundprinzipien von Psychotherapie ist die Schweigepflicht. Sie findet deshalb in einem gleichsam ‚abgesonderten‘ Raum statt, meist in der Dyade, manchmal auch in Gruppen, wo man sich zuvor auf Verschwiegenheit einigt. Dabei werden selten andere Medien genutzt als das gesprochene Wort oder die nachgespielte Szene (außer bei Techniken des therapeutischen Schreibens, Malens, Plastizierens etc.). Selten wird etwas digital aufgezeichnet, außer vielleicht für Supervision oder um den Patient*innen selbst eine Außenperspektive auf sich zu ermöglichen. Weil Patient*innen wissen, dass nichts nach draußen dringt, trauen sie sich, frei zu sprechen. Sie öffnen, soweit sie das möchten, die Tür zu ihrem Innenleben, ihren tiefsten Ängsten, ihren schambesetztesten Phantasien und ihrem absurdesten Verhalten. Sie probieren sich aus, ohne dass etwas hervorgezerrt, bewertet oder veröffentlicht wird. Sie nutzen (meistens) die Perspektive und die ‚Übersetzungsvorschläge‘ der Therapeut*innen, denen sie dann nachspüren können, ob sie sich richtig und hilfreich anfühlen. Aber all diese Offenbarungen, Deutungen und Krisen verbleiben in der psychotherapeutischen Intimität. Die Freiheits- und Fürsorgeversprechen der Psychotherapie bedingen sich also gegenseitig und sind entscheidende Bedingungen für den Behandlungserfolg.

Anders als in der übrigen Medizin gibt es in der Psychotherapie kein eindeutig definiertes bzw. objektiv messbares Behandlungsziel im

Sinne einer zweckrationalen Reparaturabsicht bzw. einer Zielgröße, und auch keine Standardlösungen im Sinne eines ‚one fits all‘. Abstraktion und Vergleich nutzen in der Psychotherapie nur sehr begrenzt. Psychotherapie greift zwar auf eine Vielzahl von erprobten Theorien und Techniken zurück, wendet diese aber sehr individuell an, je nach Situation, je nach Persönlichkeit und Kontext der Patient*innen, übrigens auch je nach Persönlichkeit, Erfahrung und Kontext der Therapeut*innen. So entstehen passagere Schutz- und Spielräume, in denen Patienten ganz neue Erkenntnisse und Erfahrungen gewinnen können.

Das Ergebnis einer Psychotherapie ist idealerweise eine Verbesserung von Kohärenzgefühl und Anpassungsfähigkeit, wozu auch Einsichten gehören, dass man zugleich einzigartig und Teil einer Gemeinschaft ist, zugleich stabil, fragil und wandlungsfähig, und dass man auch bzw. gerade mit Unzulänglichkeiten und Ungewissheiten ein gutes, sinnvolles Leben führen kann. Sind Patient*innen gestärkt genug, wird die Therapie-Dosis möglichst nach und nach reduziert; schließlich werden sie verabschiedet. Das Beginnen und das Beenden sind wesentliche Elemente jeder Psychotherapie, sowohl was die einzelne Therapieeinheit als auch was die gesamte Therapie betrifft.

In der Psychotherapie einigen sich Psychotherapeut*in und Patient*in auf einen lebendigen transformativen Prozess. Das heißt: Gearbeitet wird prozessorientiert, hochindividuell und kreativ, ganz bewusst kaum mit Mess- bzw. Normwerten, sondern mit den persönlichen Erfahrungen, Fähigkeiten und Vorlieben der Patient*innen, also mit typisch menschlichen polyvalenten, assoziativen, kontextualisierten Wahrnehmungs-, Erinnerungs-, Symbolisierungs- und Handlungsfähigkeiten, die summativ-fluide identitätsbildend und oft eher zufällig handlungsleitend wirken (Hemel, 2020). Therapeut und Patient begegnen sich ‚leiblich‘, mit intentionalem Bezogensein, mit Mimik, Gestik und körperlicher Resonanz, und sie begegnen sich ‚live‘, in beidseitiger Vieldeutigkeit, Kreativität und Verletzlichkeit (Holohan & Fiske, 2021; Sedlakova & Trachsel, 2023): Patient*innen übertragen Erfahrungen und Erwartungen auf die Psychotherapeut*innen. Psychotherapeut*innen reagieren darauf in einer sensitiven Mischung aus Empathie und professioneller Distanz, wie gut geschulten Sensoren für alle, auch nicht-verbale Äußerungen und Zwischentöne, einschließlich ihrer eigenen gedanklichen, emotionalen und körperlichen Resonanz („Gegenübertragung“). Sowohl für die Psychotherapieadhärenz als auch (und teilweise bedingt dadurch) -wirksamkeit sind die Qualität des Arbeitsbündnisses, die (therapeutische) Beziehung und die Feinfühligkeit der Therapeut*innen entscheidend.

In einer gelingenden Psychotherapie wird gedacht, zergliedert und erforscht, aber auch gespürt, gerungen und geschwiegen. Psychotherapie lebt vom andauernden Abgleich, vom gemeinsamen Verstehen, vom Wissen um Fehlbarkeiten auf beiden Seiten und durchaus auch mal von Missverständnissen, denen man gemeinsam auf den Grund gehen kann. Zuweilen ermöglicht, nein: erfordert die therapeutische Situation auch Störungen wie Erwartungsverletzungen, Grenzsetzungen, die Konfrontation mit unangenehmen Tatsachen bzw. Erinnerungen, oder das Hinterfragen gewohnter Muster (z.B. wenn es um katastrophisierende Prophezeiungen, geschönte Beziehungen, verschwiegene Delikte oder um Substanzmissbrauch geht). Auch wenn solche „Aha-Erlebnisse“ Patient*innen und Therapeut*innen exponieren und herausfordern – sie sind die entscheidenden Katalysatoren für Transformation (Rossi, 2021; Rief et al., 2022).

Man könnte – über verschiedene Therapieschulen hinweg – das besondere Angebot der Psychotherapie folgendermaßen zusammenfassen: 1) Freiheit (also unzensiert sprechen, neue Gedanken und Rollen ausprobieren zu können), 2) Resonanz (also den Therapeuten als Container, als Projektionsfläche, als Reflexionskatalysator, als Mitmenschen und Experten nutzen zu können) und 3) Schutz (dass also der Therapeut*innen diese Offenheit würdigen, für sich behalten und nicht gegen die Patient*innen verwendet).

4. Wie funktionieren die neuen Technologien?

Schein-Eindeutigkeit und Normorientierung: Die innere Logik moderner Technologien folgt – etwas verkürzt ausgedrückt – einer „Entweder-Oder“-Eindeutigkeit: = oder 1, wenn A, dann B; wenn B, dann C usw. Um einen vorgegebenen, zweckmäßig erscheinenden Output zu erreichen, optimieren sie ihren Input, und weniger ihre Prozesse: Der Input (z.B. möglichst viele vorangehende Internet-Einträge und Anwendungen) muss in Bezug auf den Output zweckmäßig sein, damit dieser vorhersagbar wird. Dafür werden Algorithmen in so vielfältigen und überlagerten Lernschleifen trainiert, dass sie teilweise am Ende auch für ihre Entwickler kaum noch nachvollziehbar sind. In- und damit Output spiegeln also letztlich Mehrheitsmeinungen und -präferenzen wider, jede Menge Zuvorgesagtes und Durchschnittliches.

Weil dieses Zuvorgesagte, Durchschnittliche längst nicht immer Qualität hervorbringt, versprechen moderne Technologien die Beobach-

tung und ggf. Modifikation ihrer Inhalte. Diese ist aber nicht transparent und könnte – je nach Haltung und Ziel der Entwickler*innen – Vorurteile und Stereotypien verstärken bzw. sogar bewusst zur Prägung der öffentlichen Meinung benutzt werden. Dies könnte geschehen, indem zum Beispiel ein bestimmter Typus Identifikationsfigur (z.B. weiße, schlanke, gutaussehende) vermehrt eingesetzt, bestimmte Begriffe oder kontroverse Meinungen getilgt oder bestimmte (z.B. stigmatisierende oder grandiose) Ideen verstärkt werden (z.B. bezüglich „Normalität“ oder „Singularität“). Auf diese Weise gehen vielleicht klügere, kreativere, auch mal kontroverse oder zumindest diverse Einzelaspekte unter.

Scheinbeziehung unähnlicher Partner: Schon als Szene von außen betrachtet erscheint die Funktionsweise moderner Technologien ziemlich anders als klassische Psychotherapie: Remote Server funken mittels mathematischer Algorithmen Datenpakete an Endgeräte, die, so sympathisch sie auch verpackt sein mögen, gefühllos, hart, trocken sind und ziemlich oft kaputt gehen (Fuchs, 2020). Auf den Bildschirmen dieser Geräte tippen Menschen herum, die warm, weich und erstaunlich haltbar sind. Die Maschinen bestehen überwiegend aus Metallen, mit Kameras, Sensoren, ggf. Motoren. Die Menschen bestehen aus biologischen Systemen und aus Sinnsystemen, mit Sensomotorik, Emotionsnalität, Stoffwechsel, Erzählungen und Beziehungen. Dieses ungleiche Paar kann durchaus interessante Impulse setzen. So können repetitive, einigermaßen vorhersehbare, eindeutige Antworten einer KI oder eines Roboters für Menschen mit emotionaler Instabilität oder interaktionellen Schwierigkeiten beruhigend wirken. Im Gegenzug zeichnet beispielsweise KI von ihren Nutzern umfassend und neutral menschliche Emotionsmarker auf, die dann systematisch ausgewertet bzw. simuliert werden bzw. auf die in neuartiger Weise respondiert wird. Die daraus resultierende Situation ist – gerade in so wichtigen therapeutischen Aspekten wie Übertragung und Gegenübertragung – grundverschieden von der Begegnung zweier Menschen (Holohan & Fiske, 2021).

Zwar weisen die Anwendungen in aller Regel darauf hin, dass keine Menschen, sondern Bots agieren. Nutzer*innen bauen allerdings erstaunlich schnell eine ‚persönliche‘ Beziehung oder gar menschenähnliche Bindung zu Technologie auf (Holohan & Fiske, 2021; Darcy et al., 2021; Riches et al., 2022). Das geschieht bei gänzlich passiven Objekten (wie Tamagotchis oder Autos, die innig geliebt werden) und umso mehr bei anthropomorphen Technologien, die z.B. Mimik zeigen oder sogar sprechen. In manchen Fällen bevorzugen Menschen sogar menschen-unähnliche Objekte, denen gegenüber sie zum Beispiel weniger Scham

empfinden oder von denen sie sich mehr Neutralität oder Zuverlässigkeit erwarten (Fiske et al., 2021). Solch Technikglaube geht bis hin zu blindem Vertrauen, das KI-Antworten weniger kritisch hinterfragt als menschliche (Fiske et al., 2021). Zudem erfahren Anwender*innen in der Regel nichts oder schwerlich etwas über die Menschen hinter den Bots, den professionellen Hintergrund der Entwickler, die ethischen Standards der Firma, die Interessen und den Einfluss von Teilhabern.

Wer ist mein Gegenüber, wenn ich einen Chatbot, einen Therapie-Roboter o.ä. nutze? Die Entwickler*innen, Investor*innen, Server, Algorithmen, die Masse der vielen Nutzer*innen vor mir, oder im Grunde ich selbst? Und wie verhält sich dieses Gegenüber? Auch noch so differenzierte und personalisierte Technologien erzeugen (gleich Heiratsschwindler*innen) nur Zugehörigkeits- und Empathie-Illusionen, wenn sie behaupten, mitzufühlen, zuzuhören und zu antworten. Sie versprechen bedingungslose Loyalität („by your side for whatever's ahead“, „always here to listen and talk“), Sicherheit („safe space to chat“), und Unterstützung bei „self-care“ oder „to love and nurture yourself“. Sie sind aber selbst weder intelligent noch präsent noch rezeptiv noch verbunden noch bewegt. Sie erkennen z.B. nicht den Unterschied zwischen gespanntem, betretenem, trotzigem und ergriffenem Schweigen. Ebenso wenig können sie selbst differenziert (zurück-)schweigen. Ihnen entfährt kein Scherz, er wird ihnen gezielt einprogrammiert. Sie nehmen keine oszillierende, mal mütterliche, mal väterliche Rolle ein, die auf winzige Körpersignale der Patient*innen reagiert. Sie haben keine Körper, die sie interaktionell einsetzen, sie können nicht ihre Blicke intensivieren, sich aufmerksam nach vorne oder entspannt zurücklehnen, sich nicht bewusst körperlich synchron oder aber asynchron verhalten. Sie halten nicht zusammen mit dem Patienten unbeschreiblichen Schmerz, zerstörerische Wut oder Angst vor dem Tod aus. Auch werden sie nicht initiativ und gehen – in sensu oder in vivo – mit den Patient*innen nicht noch einmal an einen Tat- oder Unfallort. Und weil gerade in solchen Situationen werden sie dann womöglich einfach weggelegt oder ausgeschaltet. Und was machen sie, wenn Patient*innen weinen, dissoziieren, erbrechen, Anfallsereignisse erleiden, oder eine Rasierklinge zücken?

Mehr Autonomie – oder weniger: Neue Technologien bedürfen eines enormen Entwicklungsaufwands, Rohstoff- und Energieeinsatzes, der nur durch hohe bzw. steigende Absatzzahlen, Renditen und Langzeit-Kundenbindung rentabel wird. In ihrem Geschäftsmodell müssen User*innen bzw. Customer*innen – anders als Klienten*innen oder Patient*innen – gewonnen und dann gehalten werden. Eben daher werden

sie oft als unbegrenzt verfügbare und absolut loyale Begleiter*in positioniert, am besten ein Leben lang. Zitat aus einem Kommentar zu Woebot von der Digitalen Initiative der Harvard University Business School: "If sticky enough, woebot could potentially build loyalty to the extent where they become the preferred choice of help and check-ins going forward – like a friend joining on a life path (that users will be willing to pay for beyond school)." (Harvard Business School, 2020). Klebrige Freunde für Alltagsangelegenheiten, für die man gerne ein Leben lang bezahlt – das ist nun genau das, was Psychotherapeut*innen für ihre Patient*innen nicht sein wollen.

Es mag bequem sein, sich zwischendurch beim Mittagessen oder im Auto beraten zu lassen. Eine VR-Brille mag fantastische Welten erzeugen. Ein Bot mag als Übergangsobjekt und zum Üben von Sozialkontakte gute Dienste tun, Trost vermitteln und einfacher im Umgang sein als Mitmenschen mit all ihren Widersprüchlichkeiten. Allerdings werden alle psychobiologischen Funktionen – egal ob Bindung oder Sensomotorik – durch Erfahrungen erworben und müssen genutzt werden, um nicht wieder zu verschwinden. So kann ausgerechnet die ubiquitäre Verfügbarkeit neuer Technologien zum Verlernen von Selbstregulation und Verlust von Autonomie und Beziehungen führen. Nicht nur bedroht die Verfügbarkeit Tagesstruktur und Schlaf, sondern auch Fähigkeiten zu Planung und Gratifikationsaufschub. Sie stellt weniger Anforderungen an die eigene Vorstellungs-, Urteils-, Wahrnehmungs- und Bewegungskraft als eine reale Psychotherapie. Technik, die darauf angelegt ist, Freund*innen oder Therapeut*innen zu ersetzen, und das auch noch in einer idealisierten, nutzerfreundlichen Weise, könnte dadurch zur bevorzugten Wahl werden. Damit blockiert sie unter Umständen den Raum für reale Kontakte, was dazu führen kann, dass reale soziale Fähigkeiten schwerer erlernt, oder wieder verlernt werden. Das Risiko, nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern reale Beziehungen im Alltag durch künstliche Beziehungen zu ersetzen, besteht vor allem bei Menschen, die soziale Defizite oder verletzende Beziehungserfahrungen mitbringen. Soziale, kognitive, sensorische und motorische Fähigkeiten drohen zu verkümmern: „Use it or lose it“.

Zweifelhafter Patientenschutz: Die routinemäßige Daten-Aufzeichnung, -Speicherung und -Interpretation der neuen Technologien, die sie ja essenziell benötigen, widersprechen der psychotherapeutischen Schweigepflicht. Zumal ja überwiegend ein Eindruck von Vertrautheit hergestellt, auf die Details des Umgangs mit Daten jedoch eher diskret hingewiesen wird. Auch wenn Anwender*innen bei den Nutzungs-

bedingungen teilweise eine Wahl haben, beinhaltet die vorgeschlagene Vorauswahl meist eine großzügige Freigabe ihrer Daten – die erwünschte Daten-Beobachtung und App-Verbesserung setzen eine Nutzung der Daten außerhalb der direkten Interessen der einzelnen Nutzerin ja geradezu voraus. Meist ist es ein flüchtiger Klick, mit dem man voreingestellte Nutzungsbedingungen akzeptiert, ohne sie gelesen zu haben. Und wie schnell akzeptiert man ein später hinterhergeschobenes „Wir haben unsere Nutzungsbedingungen geändert“?

Unbelebte, körper- und geistlose Technologie merkt auch nicht, ob ihr vielleicht ein Mensch mit einer schizophrenen Psychose oder eine Minderjährige gegenüberstellt. Und sie überprüft nicht, ob sich Anwender*innen über die Konsequenzen ihres Tuns im Klaren sind: Vor allem jemand, der sehr jung, gestresst, verzweifelt oder verwirrt ist, wird womöglich zu viel von sich preisgeben und einer Überwachung, einer Interaktion oder einer Datensammlung, vielleicht auch einer Datenweitergabe, zu rasch zustimmen. Zwar wird überwiegend Hilfe bei Alltagsproblemen angeboten, und viele Anwendungen werden nicht bei schweren Erkrankungen bzw. Krisen und nicht unter 12 Jahren empfohlen. Ein gezielter Ausschluss kriteriengemäß ausgeprägter Diagnosen erfolgt aber nicht. Beispielsweise kann man in der Jugendlichen-Version von Woebot für 13–18-Jährige zwischen Optionen wie „Manage Anxiety“ oder „Heal Trauma“ wählen (Meet Woebot for Adolescents, 2023). Wenn User*innen zum Suizid entschlossen sind, dies aber verschweigen, könnte das Programm ihre sachliche Abgeklärtheit eher als Ausgeglichenheit deuten. Wenn sie Suizidgeudenken bejahen, reagiert es mit dem Ratschlag, man möge jetzt eine Ärzt*in aufsuchen oder einen SOS-Knopf drücken – und dann bekommt man eine Notfalltelefonnummer.

Dazu kommt, dass gespeicherte Daten, die letztlich über URLs und Nutzerprofile auch in anonymisierter Form Rückschlüsse auf Personen zulassen bzw. innerhalb eines IT-Unternehmens oder über die häufigen Sicherheitslecks von Dritten außerhalb missbraucht werden können. Rechtliche Rahmenbedingungen hängen davon ab, wo die Firmensitze sind und wo die Server stehen. Verwendete Algorithmen bleiben, auch in Abgrenzung zu konkurrierenden Anwendungen, intransparent. Daher kommt ‚humanen‘ Programmen und Standardeinstellungen, den rechtlichen Rahmenbedingungen, dem unternehmensinternen Umgang mit Daten und Datensicherheit und einer guten Aufklärung eine sehr hohe Bedeutung zu.

5. Fazit

Derzeit besteht zwar viel Nachfrage nach humaner Psychotherapie, aber eine recht begrenzte Verfügbarkeit und für den Einzelnen hohe Hürden. Außerdem weist die real existierende Psychotherapie einige Schwächen auf, was sich in einem ambivalenten öffentlichen Bild widerspiegelt. Dies sind nachvollziehbare, ja schlagkräftige Begründungen für die rasante Entwicklung und Verbreitung ‚künstlicher‘ Psychotherapie, womit sich die humane Psychotherapie nun auseinandersetzen muss.

In der Tat können die neuen Technologien die Psychotherapie bereichern und entlasten. Sie können, z.B. in Form der neuen, verschreibungspflichtigen und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) geprüften DiGAs, präventiv wirken, in der Früherkennung und Diagnostik hilfreich sein, die Hemmschwelle für Psychotherapie senken, den Zugang dazu erleichtern, Wartezeiten überbrücken. Sie können theoretische Informationen vermitteln und praktische therapeutische Hilfsmittel liefern. Sie sind zudem eine Chance für die Psychotherapie, sich an ihre Kernkompetenzen und Kernaufgaben zu erinnern und sich weiterzuentwickeln, besser zu bleiben oder noch besser zu werden als die Technik.

In einigen entscheidenden Punkten jedoch widersprechen die modernen Technologien den Prinzipien der Psychotherapie, die ja in gewisser Hinsicht eine Reaktion auf die Belastungen der modernen Gesellschaft darstellt. Ihre binäre Logik und passive Geist- und Leiblosigkeit verhindern Authentizität, Ambiguität, Spontaneität und persönliches Verantwortungsempfinden (Hemel, 2020). Die für den psychotherapeutischen Prozess so wichtigen Übertragungs-/Gegenübertragungshäno-mene sind noch völlig unklar (Holohan & Fiske, 2021). Der bereits von der Psychotherapie unvollständig erledigte Auftrag, Patient*innen in ihrer Verkörperung und in ihrer sozialen und ökologischen Verbundenheit zu stärken, wird von ihnen wohl kaum besser erfüllt. Im Zusammenhang mit ihren ökonomischen Rahmenbedingungen erscheinen die Grenzen zu Trivialisierung und Täuschung fließend. Viele Fragen nach den Machtverhältnissen (ist KI eher Tool oder eher Agent*in? wer ist Master*in, wer ist Sklav*in?), dem schmalen Grat zwischen erwünschter Adhärenz und unerwünschter Abhängigkeit, dem „cui bono?“ und ethischen Normen (Stichwort „value sensitive design“) sind bislang unbeantwortet (Martinez-Martin & Kreitmair, 2018; Sedlakova & Trachsel, 2023). Es gibt Sicherheitsbedenken und intransparente ökonomische

Interessen, mit erheblichen Implikationen für Jugendschutz, Verbraucherschutz und Patientensicherheit. Entwicklung und Vermarktung sind weitaus weniger reguliert als beispielsweise der Pharmamarkt oder die Ausübung von Heilberufen. Wie einzelne Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen beeinflussen, wird durch ihre Kammern beaufsichtigt und ihre Vielfalt aufgefangen, doch wie Chatbots einzelne Anwender*innen, aber auch den Zeitgeist insgesamt beeinflussen, ist schwer zu überwachen und zu steuern, dabei aber insbesondere beim Thema psychische Gesundheit hochrelevant.

Daher können und sollen moderne Technologien Psychotherapeut*innen in ihrer Befähigung als diskrete und bezogene „Verwalter der vagen Dinge“ (Fuchs, 2011), vielleicht genauer: als Anwält*in für menschliche Kreativität, Verletzlichkeit, Ambivalenzkompetenz und (Zwischen-)Leiblichkeit, nicht ersetzen. Denn Menschen profitieren vielleicht zeitweise von Simulation, vor allem aber brauchen sie Stimulation und Interaktion. Sie brauchen ein Gegenüber, keine Attrappen. Sie brauchen hinreichend vielfältige, sinnliche, sinnhafte und auch sichere und zuweilen aufrüttelnde Erfahrungen, Beziehungen und Handlungsspielräume, und zwar von Kindheit an (Siegel & Drulis, 2023).

Man muss sich also fragen, ob und wenn ja für welche Aufgaben technologische Lösungen wirklich einen Fortschritt darstellen, wo sie unter Umständen das Ausmaß an psychischem Leiden und damit den Bedarf an Psychotherapie potenziell sogar noch vergrößern, ja wo Alt-hergebrachtes bzw. Alternatives nicht besser geeignet ist. Andere Lösungen könnten humaner, sicherer, kostengünstiger und nachhaltiger sein. Anwendungen müssen besser reguliert werden, vor allem für vulnerable Zielgruppen. Forschung macht Sinn, wenn sie kritisch und eben nicht ausschließlich zu Technologie erfolgt. Kostenersparnisse durch neue Technologien, sondern durch noch günstigere und nachhaltigere Lösungen könnten in die dringend notwendige Gewaltprävention, in Schulen, sinnstiftende Ehrenämter investiert werden, wo Menschen rechtzeitig Selbstregulation und Gemeinsinn lernen und so womöglich gar keine Psychotherapie brauchen – weder echte noch künstliche.

PS: Dieser Text wurde ohne KI-Unterstützung verfasst.

Referenzen

- Darcy, A., Daniels, J., Salinger, D., Wicks, P. & Robinson A. (2021). Evidence of Human-Level Bonds Established With a Digital Conversational Agent: Cross-sectional, Retrospective Observational Study. *JMIR Formative Research*, 5(5), e27868.
- Fiske, A., Henningsen, P. & Buyx, A. (2019). Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13216.
- Friedrich, O., Seifert, J. & Schleidgen, S. (2021). KI-gestützte Selbstvermessung der Psyche: Philosophisch-ethische Implikationen. *Psychiatrische Praxis*, 48 (Suppl. 1), S42–S47.
- Fuchs, P. (2011). Die Verwaltung der vagen Dinge. Gespräche zur Zukunft der Psychotherapie. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Fuchs, T. (2020). Verteidigung des Menschen: Grundfragen einer verkörperten Anthropologie, Suhrkamp.
- Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach. *Psychology and Psychotherapy*, 92(2), 164–189.
- Harvard Business School. Digital Innovation and Transformation. MBA Student Perspectives (2020). Woebot – the bleeding intelligent self-help therapist and companion. <https://d3.harvard.edu/platform-digit/submission/woebot-the-bleeding-intelligent-self-help-therapist-and-companion/> (letzter Zugriff 26.3.2024).
- Hemel, U (2020). *Kritik der digitalen Vernunft. Warum Humanität der Maßstab sein muss*. Herder.
- Holohan, M. & Fiske, A. (2021). “Like I’m Talking to a Real Person”: Exploring the Meaning of Transference for the Use and Design of AI-Based Applications in Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 12, 720476.
- Iglesias, M., Sinha, C., Vempati, R., Grace, S. E., Roy, M., Chapman, W. C. & Rinaldi, M. L. (2023). Evaluating a Digital Mental Health Intervention (Wysa) for Workers’ Compensation Claimants: Pilot Feasibility Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 65(2), e93–e99.
- Leo, A. J., Schuelke, M. J., Hunt, D. M., Miller, J. P., Areán, P. A. & Cheng, A. L. (2022). Digital Mental Health Intervention Plus Usual Care Compared With Usual Care Only and Usual Care Plus In-Person Psychological Counseling for Orthopedic Patients With Symptoms of Depression or Anxiety: Cohort Study. *JMIR Formative Research*, 6(5), e36203.
- Linden, M. & Strauß, B. (2018). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (2. Auflage). Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Martinez-Martin, N. & Kreitmair, K. (2018). Ethical Issues for Direct-to-Consumer Digital Psychotherapy Apps: Addressing Accountability, Data Protection, and Consent. *JMIR Mental Health*, 5(2), e32.
- Milne-Ives, M., Selby, E., Inkster, B., Lam, C. & Meinert, E. (2022). Artificial intelligence and machine learning in mobile apps for mental health: A scoping review. *PLOS Digital Health*, 1(8), e0000079.

- Riches, S., Azevedo, L., Vora, A., Kaleva, I., Taylor, L., Guan, P., Jeyarajaguru, P., McIntosh, H., Petrou, C., Pisani, S. & Hammond, N. (2022) Therapeutic engagement in robot-assisted psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 857–873.
- Rief, W., Sperl, M. F. J., Braun-Koch, K., Khosrowtaj, Z., Kirchner, L., Schäfer, L., Schwarting, R. K. W., Teige-Mocigemba, S. & Panitz, C. (2022) Using expectation violation models to improve the outcome of psychological treatments. *Clinical Psychology Reviews*, 98, 102212.
- Rossi, E. L. (2021). Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(2), 171–184.
- Schmitz, S. (2021.) TechnoBrainBodies-in-Cultures: An Intersectional Case. *Frontiers in Sociology*, 6, 651486.
- Sedlakova, J. & Trachsel, M. (2023). Conversational Artificial Intelligence in Psychotherapy: A New Therapeutic Tool or Agent? *American Journal of Bioethics*, 23(5), 4–13.
- Meet Woebot for Adolescents! (2023). <https://www.youtube.com/watch?v=B9e1dtQ2ywE> (letzter Zugriff 26.3.2024).

