

Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona¹

Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse

Psychotherapy in the Age of Digitalization and Corona²

Study results on the potential of E-Psychotherapy in Austria – qualitative analysis

Martin Poltrum, Alfred Uhl, Hannah Poltrum

Kurzzusammenfassung

Aufgrund der CoViD-19-Pandemie ist es österreichischen Psychotherapeut*innen seit Mitte März 2020 erstmals erlaubt, Psychotherapien mittels Telefon oder Videotelefonie (E-Psychotherapie) durchzuführen. Die Erfahrungen mit diesen neuen Behandlungsmethoden sowie die Einstellung der therapeutischen Kolleg*innenschaft zu e-psychotherapeutischen Behandlungen, bevor sie erlaubt waren, wurde durch die Befragung von 717 österreichischen Psychotherapeut*innen untersucht. Im hier präsentierten qualitativen Teil der Studie wird dargestellt, welche Vor- und Nachteile E Psychotherapien im Vergleich zu Face-to-Face-Behandlungen haben und welche Implikationen sich in

¹ Zum quantitativen Teil dieser Studie siehe den zweiten Beitrag in dieser Ausgabe des SFU Forschungsbulletins mit dem Titel: Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – quantitative Analyse (SFU Forschungsbulletin, 02/2020).

² For the quantitative part of this study see the second paper in this issue of the SFU Research Bulletin entitled: Psychotherapy in the Age of Digitalization and Corona. Study results on the potential of E-Psychotherapy in Austria – quantitative analysis (SFU Research Bulletin, 02/2020).

Bezug auf Interventionen, Methoden und Patient*innengruppen nach Ansicht der befragten Kolleg*innenschaft ergeben. Zum quantitativen Teil der Studie siehe den zweiten Beitrag dieser Ausgabe des SFU Forschungsbuletins (02/2020).

Schlüsselwörter

Psychotherapie und CoViD-19, E-Psychotherapie, Telefonpsychotherapie, Videopsychotherapie, Onlinepsychotherapie, therapeutische Beziehung bei Videopsychotherapien

Abstract

Due to the CoViD-19 pandemic, Austrian psychotherapists for the first time were entitled to practice psychotherapies via telephone or video telephony (e-psychotherapy) in mid-March 2020. A survey involving 717 Austrian psychotherapists was carried out to determine the experiences they made with these new treatment modalities and their attitude towards e-psychotherapeutic treatments prior and after this change. In the qualitative part of the study presented in this article, the advantages and disadvantages of e psychotherapy are compared to face-to-face treatment based on the surveyed therapists' perceptions, with particular emphasis on the implications for interventions, methods and patient groups. For the quantitative part of the study consult the second article in this issue of the SFU Research Bulletin (02/2020).

keywords

psychological psychotherapy and CoViD-19, e-psychotherapy, telephone psychotherapy, video psychotherapy, online psychotherapy, therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy

An der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien wurde erstmals umfassend die Einstellung von Psychotherapeut*innen zu telefonischen und videotelefonischen Therapieangeboten vor und seit der CoViD-19-Krise erhoben und untersucht, welche Erfahrungen die therapeutische Kolleg*innenschaft mit diesen erstmals in Österreich zugelassenen Therapiemodalitäten gemacht hat. Die Darstellung der qualitativen Untersuchungsergebnisse gliedert sich folgendermaßen:

1. Einleitung und Hintergrund.....	4
2. SFU-Studie – Psychotherapie via Telefonie und Videotelefonie	5
2.1 Vor- und Nachteile von Telefon- und Videotherapie	7
2.1.1 Vorteile, allgemeine Aspekte	7
2.1.2 Nachteile, allgemeine Aspekte.....	12
2.2 Ansichten in Bezug auf Störungsbilder/Patient*innengruppen, therapeutische Interventionen und Methoden bei E-Psychotherapie	16
2.3 Meinungen und Einstellungen zur therapeutischen Beziehung bei E-Psychotherapie	19
3. Zusammenfassung und Schluss.....	21
4. Literatur.....	23
5. Angaben zu den Autor*innen.....	24

1. Einleitung und Hintergrund

Nicht nur die Seele ist ein weites Land, wie Arthur Schnitzler einmal meinte, sondern weit und vielfältig ist auch die Weise, wie die Leiden und Störungen der menschlichen Psyche bisher behandelt wurden. Das weite Land der Seele ist im Laufe der Geschichte von Philosophen, Schamanen, Priestern, Seelsorgern, Psychotherapeuten und vielen anderen bestellt worden, die sich alle für das Wohl der menschlichen Innenwelt zuständig fühlten. Dem herrschenden Weltbild und den medizinischen Überzeugungen der jeweiligen Zeit verpflichtet, waren daher auch die Methoden und Mittel sehr vielfältig, mit denen man glaubte, den seelischen Kränkungen und Verletzungen den besten Dienst zu erweisen.

Im Zeitalter der Digitalisierung, in dem nahezu alles über das Internet abgewickelt wird, wundert es daher auch nicht, dass Psychotherapie zusehends auch über online-basierte Videositzungen stattfindet. Das bringt wie alles andere Vor- und Nachteile mit sich. Die aktuelle Corona-Pandemie zeigt recht deutlich, welchen Vorteil es hat, wenn Psychotherapien nicht nur face to face in der Ordination stattfinden, sondern auch über Telefon oder Videositzungen durchgeführt werden können. Der Vorteil: Man kann Patient*innen unkompliziert, schnell und jederzeit psychotherapeutisch versorgen.

Diese Möglichkeit gibt es in Österreich nun erstmals seit Mitte März, da die Krankenversicherungsträger aufgrund von CoViD-19 beschlossen, die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen, die über Videositzungen oder Telefon durchgeführt werden, vorübergehend voll zu übernehmen bzw. über Zuschüsse mitzufinanzieren. Vor der Pandemie waren Psychotherapiesitzungen über Internet oder Telefon explizit ausgeschlossen. In einer vor der CoViD-19-Krise vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen Internetrichtlinie wurde argumentiert, „dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind“.³

Basierend auf internationalen Studien zur Frage der therapeutischen Beziehungsgestaltung und Wirksamkeit von Psychotherapie über Videositzungen (vgl. Simpson & Reid 2014; Cook & Doyle 2002, Eichenberg 2020), ist zu empfehlen, diese Richtlinie abzuändern und zu argumentieren, dass es aus Gründen der therapeutischen Versorgung auch in Nicht-Corona-Zeiten Sinn macht, in Österreich liberalere Bestimmungen zu verfügen.

In vielen Ländern sind videotherapeutische Sitzungen schon lange erlaubt und werden von staatlichen Institutionen sowie Krankenkassen unterstützt. Insbesondere in Staaten, die eine geringe Bevölkerungsdichte haben, wie zum Beispiel Schweden oder Australien, wo die Wege, die man zu Therapiepraxen zurücklegen müsste, für viele Betroffene unzumutbar lang sind, gibt es gute Erfahrungen mit E-Psychotherapie. Wenn wir zum Beispiel in unser wichtigstes Nachbarland Deutschland blicken, zeigt sich, dass psychotherapeutische Videositzungen für Kassenpraxen schon im

³ Siehe dazu: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html> – Internetrichtlinie (abgerufen am 3.3.2020).

Oktober 2019 ermöglicht wurden. Deutsche Kolleg*innen mit Kassenvertrag konnten damit also schon vor der Corona-Krise bis zu 20 % ihrer Therapien über Videositzungen abhalten.

Ohne Frage wird der Goldstandard der Psychotherapie immer die Face-to-Face-Sitzung sein, wie die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in einer Aussendung unlängst verlautbarte.⁴ Das wird auch kein vernünftiger Mensch bestreiten, so wie auch niemand bestreiten wird, dass ein Face-to-Face-Treffen mit Freund*innen mehr hergibt als Zoom- oder Skype-Verabredungen, wie sie während der Corona-bedingten Ausgangsbeschränkungen üblich waren. Aber warum sollte es nicht erlaubt sein, Patient*innen während der Grippe-Zeit oder wenn diese postoperativ zwei Wochen lang nicht gehen können oder wenn Patient*innen beruflich für einige Wochen im Ausland sind und dort Arbeitstreffen haben, vor denen sie sich fürchten, therapeutisch zu unterstützen? Da ergeben sich oft Situationen, die bestehende Ängste verstärken. Oder warum sollte es nicht zulässig sein, jemanden, der*die von Wien zurück in den Bregenzerwald zieht und bei diesem Übergang gerne von seinem*seiner bisherigen Therapeut*in begleitet werden möchte, via Videositzung therapeutisch zu versorgen?

Welche Erfahrungen österreichische Psychotherapeut*innen erstmals mit der Behandlung von Patient*innen via Telefon und Videositzungen gemacht haben, wurde unlängst durch drei voneinander unabhängige Studien untersucht. Konkret eine Studie der Donau-Universität Krems (Probst, Stippl, Pieh 2020), eine bislang noch unveröffentlichte Studie des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik und die hier präsentierte Studie der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien (SFU). Die Ergebnisse unserer Studie werden im Folgenden im Detail besprochen und dargestellt. Unsere Untersuchung wurde in Kooperation mit dem Verein für ambulante Psychotherapie, dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, dem Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse und dem Steirischen Landesverband für Psychotherapie durchgeführt.⁵

2. SFU-Studie – Psychotherapie via Telefonie und Videotelefonie

Wir haben mit unserer Studie erstmals im Detail untersucht, ob und wie sich telefonische und videotelefonische Psychotherapie, die seit der ersten Lockdown-Phase (Mitte März 2020) im Zuge der CoViD-19-Krise in Österreich erstmals zugelassen wurde, auch längerfristig als Ergänzung zu den bestehenden psychotherapeutischen Angeboten etablieren könnte. Dazu wurden von Anfang Juni bis Mitte August 717 Psychotherapeut*innen in ganz Österreich ausführlich zu ihren Erfahrungen mit telefonischer und videotelefonischer Psychotherapie (E-Psychotherapie) befragt.

⁴Siehe dazu:

<https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11154&token=006871a32dba58dc8f3eac6be4dacc927d27e23e> (abgerufen am 26.11.2020).

⁵ Unser expliziter Dank gilt unseren Studien-Kooperationspartner*innen: Herrn Dr. Peter Stippl, Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie, Frau Dr. Senta Feselmayer und Frau Mag. Martina Stepanek vom Verein für ambulante Psychotherapie, DDr. Ida-Maria Kisler vom Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse und MMag. Ingrid Jagiello vom Steirischen Landesverband für Psychotherapie für die Beteiligung und logistische Unterstützung der Studie.

E-Psychotherapie war vor der CoViD-19-Krise in Österreich nicht zulässig und daher auch nicht über Krankenkassen abrechenbar. Nur ein knappes Drittel der Befragten gab an, bereits vor Beginn der Krise eine positive Einstellung zur elektronisch mediatisierten Form der Therapie gehabt zu haben. Mit der Krise und ihren spezifischen Anforderungen an die psychotherapeutische Praxis hat sich das aber grundlegend geändert. Mit den krisenbedingt sehr kurzfristig auch in Österreich ermöglichten und von den Krankenkassen getragenen telefonischen und videotelefonischen Psychotherapieangeboten konnten und mussten viele Psychotherapeut*innen erstmals persönlich Erfahrungen mit diesem Therapiemodus sammeln. Während vor der CoViD-Krise nur ein Drittel die Option einer E-Psychotherapie positiv einschätzte, beurteilen inzwischen rund zwei Drittel der Psychotherapeut*innen diese Option generell positiv und fast 90 % finden, dass E-Psychotherapie zumindest in bestimmten vorübergehenden Situationen ein sinnvolles Angebot darstellt. 71 % der befragten Psychotherapeut*innen waren dafür, E-Psychotherapie als generell abrechenbare Leistung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, und 94 % sprachen sich für die Kassenfinanzierung von E-Psychotherapie in Ausnahmesituationen aus.

Die Studie macht auch deutlich, dass trotz dieser klaren Einstellungsänderung innerhalb der Profession nach wie vor weitgehend Einigkeit darüber herrscht, dass im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen der direkte persönliche Kontakt mit Patient*innen ein ganz zentrales Element darstellt, auf das man nicht leichtfertig verzichten sollte. Circa 9 von 10 Befragten könnten sich vorstellen, auch nach der Krise E-Psychotherapie einzusetzen, wenn das persönliche Erscheinen von Patient*innen in ihrer Praxis entweder nicht zumutbar oder nicht möglich ist, sofern diese Option permanent in den Leistungskatalog der Versicherungsträger aufgenommen wird.

Neben vielen quantitativ erhobenen Details⁶, die in der zweiten Publikation dieser Ausgabe des SFU Forschungsbuletins dargestellt werden, war unsere Untersuchung so konzipiert, dass wir die therapeutische Kolleg*innenschaft explizit gebeten haben, ausgiebig von den bereitgestellten Kommentarfeldern zu den einzelnen Fragen Gebrauch zu machen, und darüber hinaus diese auch aufgefordert haben, über längere schriftliche Statements zu den Vor- und Nachteilen der E-Psychotherapie (Einzeltherapie und Gruppentherapie) Stellung zu beziehen und die gemachten Erfahrungen zu verschriftlichen. Durch diesen qualitativen Teil unserer Studie sind mehrere Hundert Seiten an Textmaterial zusammengekommen, die Auskunft über die Anwendbarkeit von verschiedenen therapeutischen Techniken und Methoden im Falle der E-Psychotherapie geben, Erkenntnisse und Ansichten der Psychotherapeut*innen festhalten, bei welchen Patient*innengruppen und Störungsbildern digitale Psychotherapie geboten scheint, und welche Meinungen und Einstellungen in der psychotherapeutischen Community darüber herrschen, wie gut oder schlecht sich eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung über Telefon- und Videositzungen

⁶ Siehe zu den soziodemografischen Daten, den Zahlen und Fakten zur Stichprobe, den Detaildarstellungen der Einstellung der Psychotherapeut*innen zur E-Psychotherapie vor und seit der CoViD-Krise, der Einstellung zur E-Psychotherapie als eine mit den Krankenkassen abrechenbare Leistung, den verwendeten Geräten und Programmen, zu Aspekten der Gruppentherapie etc. und zum Fragebogen die zweite Publikation dieser Ausgabe des SFU Forschungsbuletins (02/2020) mit dem Titel: Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – quantitative Analyse.

herstellen lässt. Die teilweise sehr heterogenen Ansichten und Ergebnisse sollen im Folgenden dargestellt, kommentiert und in einen größeren Phänomen-Zusammenhang eingeordnet werden.

Bei der Interpretation und Auslegung dieses Textmaterials ist zu bedenken, dass wir in Österreich schon alleine aufgrund der Tatsache, dass der Gesetzgeber 22 verschiedene psychotherapeutische Verfahren anerkennt und zulässt sowie dass es auch ohne die Frage, ob Psychotherapie digital vonstattengehen kann, sehr viele Antworten dahingehend gibt, was Psychotherapie eigentlich bedeutet. Der Schulen- und Methodenpluralismus beeinflusst notwendigerweise auch die Sicht auf die Anschlussfähigkeit der Schultraditionen an telefonisches und videotelefonisches Arbeiten. Es macht einen Unterschied, ob man eine*n Patient*in psychoanalytisch behandelt, wobei Blickabstinenz und das Phänomen des Hörens eine große Rolle spielen, oder ob man verhaltenstherapeutische Expositionstherapie betreibt, um nur zwei große Richtungen und deren Implikationen anzusprechen.

2.1 Vor- und Nachteile von Telefon- und Videotherapie

2.1.1 Vorteile, allgemeine Aspekte

Dass Psychotherapie über Telefonie oder Videotelefonie viele Vorteile bietet, liegt auf der Hand. Die im Folgenden komprimierte Zusammenfassung dieser Vorteile stellt eine Zusammenschau der in den einzelnen Statements der Studienteilnehmer*innen getätigten Äußerungen dar. Am Ende dieser Zusammenstellung werden zur Illustration ausgewählte Originalzitate aus der überwältigenden Fülle des erhobenen Textmaterials wiedergegeben.

Die immer wieder erwähnten Vorteile von Telefon- und Videotherapie sind z.B.: Zeitersparnis; zeitliche und örtliche Flexibilität; Unabhängigkeit von den Verkehrsanbindungen zwischen dem Wohnort des*der Patient*in und der Praxis des*der Psychotherapeut*in; niedrigere Hemmschwelle für den Beginn einer Psychotherapie, etwa bei Patient*innen mit starker Selbstunsicherheit, großen Ängsten, Zwängen und schweren sozialen Phobien; bei Krisen kann sehr schnell und unkompliziert eine Sitzung vereinbart und damit interveniert werden; Patient*innen werden in der eigenen, vertrauten und sicheren Umgebung behandelt, ohne sich der Öffentlichkeit aussetzen zu müssen, wenn sie etwa nach einer Behandlung emotional angerührt sind; ältere Menschen, die kaum mehr gehen können, oder Patient*innen mit körperlichen Handicaps wie Gehbehinderungen und/oder Rollstuhl, nach Operationen, mit Bettlägerigkeit, mit Gehstörungen durch Parkinson, Multiple Sklerose oder andere Erkrankungen, bei Risikoschwangerschaften, während der Chemotherapie, alleinerziehende Menschen mit Berufstätigkeit, extremer Zeitknappheit und vielen Verpflichtungen (Betreuung der Kinder, Eltern und Berufstätigkeit) ... können so unkomplizierter oder überhaupt erst an Psychotherapien teilnehmen; störende Therapieunterbrechungen durch Urlaub, einen beruflich bedingten Auslandsaufenthalt usw., die den Behandlungsprozess stören würden, können vermieden oder minimiert werden; Patient*innen, die eine Sprache sprechen, die am Wohnort nicht gesprochen wird, können nur so versorgt werden; etc.

Was als zusätzlicher Vorteil im Falle der Videotherapie ebenfalls Erwähnung fand, ist die Tatsache, dass über die Funktion des Bildschirmteilens, die bei manchen Videotelefonie-Formaten möglich ist, z.B.

Texte, Videos und andere Materialien aus dem Internet in die jeweilige therapeutische Intervention miteinbezogen werden können. Auch dass Sitzungen aufgezeichnet werden können, was Patient*innen und Psychotherapeut*innen nachträglich ermöglicht, diese noch einmal anzusehen und durcharbeiten.

Ein großer Vorteil bei Behandlungen mit dem Telefon wird von vielen Kolleg*innen auch darin gesehen, dass die Schwelle zum Einstieg in eine Behandlung noch geringer ist als im Falle der Videotherapie, dass schambesetzte Themen noch leichter besprochen werden können und dass durch das Wegfallen des Bildes und des Sehens sich die Patient*innen vielleicht sogar noch besser öffnen können. Darüber hinaus betonen einige Psychotherapeut*innen, dass es auch ein Vorteil ist, dass sich Patient*in und Behandler*in im Falle von telefonischen Behandlungen in eine gemütliche und bequeme Liegeposition (Muße-Haltung) bringen können und durch das Wegfallen des Sehfaktors Einsichten und Erkenntnisse ohne Irritationen leichter mitgeschrieben werden können. Sehr oft hervorgehoben werden bei Telefonbehandlungen die besondere Aufmerksamkeit und Schärfung des Hörens sowie der Verweis, dass fehlender Blickkontakt die Innenschau vertiefen würde und das Phänomen des Hörens und die damit gegebene Nähe über die Stimme ganz besonders zum Tragen komme.⁷

2.1.1.1 Ausgewählte Statements zu den Vorteilen der Videotherapie⁸

*„Physisch kranke Klient*innen sind per Videotelefonie deutlich entspannter. Für sie ist das Erreichen der Praxis oftmals eine tatsächlich kraftraubende Aktion. Ich konnte beobachten, dass alle Klient*innen deutlich entspannter waren, als sie es zum Teil zuvor in der Praxis waren. Der Zeitfaktor ist ein wesentlicher Vorteil. So können sich beispielsweise alleinerziehende Elternteile ohne Probleme eine Therapiestunde ausmachen, wenn das Kind schläft. Eine flexiblere Zeitgestaltung bringt vielerlei Klient*innen nicht so unter Zugzwang. Die Scheu, eine Psychotherapie zu beginnen, kann überwunden werden. Im geschützten Umfeld ist es für manche Klient*innen einfacher, von sich zu erzählen. Themen können besprochen werden, wo oftmals die Scheu im persönlichen direkten Kontakt viel zu groß wäre. Klient*innen, denen es nicht möglich ist – aus welchen Gründen auch immer –, das Haus zu verlassen, bekommen einen Zugang zur Psychotherapie. Jugendliche und Kinder hatten Freude, ihr Zuhause zu zeigen, und waren stolz darauf, viel mehr von sich zu präsentieren. Dies ist in der privaten Praxis nicht möglich.*

Videotherapie kann ein erster Schritt sein. Wenn Vertrauen gefasst wird, kann dann face to face weitergearbeitet werden.

*Distanz kann überwunden werden. So können Klient*innen, welche beruflich gezwungen sind, ihren Wohnsitz zu wechseln, trotzdem weiterhin ihre Therapie fortsetzen. Die Suche nach dem*der „richtigen“ Therapeut*in kann sich leichter gestalten, denn Therapie kann dadurch auch für Menschen*

⁷ Zur Phänomenologie des Hörens und zur Bedeutung des hörenden Weltbezugs in der Medizin und Psychotherapie vgl.: Maio (2017).

⁸ Alle Statements und Zitate der Studienteilnehmer*innen stehen unter Anführungszeichen und sind kursiv gesetzt. Bei längeren Zitat-Blöcken wurde darüber hinaus zur besseren Sichtbarkeit auch noch Zeilenabstand 1 gewählt. Die einfachen Absätze innerhalb der einzelnen längeren Zitate wurden im Fragebogen von den Studienteilnehmer*innen selbst gesetzt und in der Wiedergabe hier beibehalten. Die doppelten Absätze zwischen den einzelnen Zitaten sollen anzeigen, dass es sich jeweils um das Statement einer*eines anderen Studienteilnehmer*in handelt. Die Studienteilnehmer*innen haben ihre Statements auf viele verschiedene Arten gegendert. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde in der Wiedergabe einheitlich gegendert ohne natürlich etwas am Sinn der Aussagen zu ändern.

*offen sein, die eine spezielle Sprache sprechen und im Wohnort kein entsprechendes Angebot finden würden. Auch kulturelle Aspekte können mittels Online-Therapie berücksichtigt werden. Es ist durchaus möglich, dass die Klient*innen mehrere Termine pro Woche ausmachen können, ohne einen langen Anfahrtsweg auf sich nehmen zu müssen.“*

*„Der Zugang zur Therapie wird jeder*jedem eröffnet, die*der die technischen Voraussetzungen erfüllen kann, und ist nicht mehr abhängig vom Wohnort, hinderlichen Abfahrtszeiten etc. Schamempfinden kann bei den Patient*innen reduziert werden, wenn sie sich nicht (immer) face to face aussetzen müssen. Dissoziationen können dadurch eventuell sogar reduziert werden. Kapazitäten seitens des*der Therapeut*in können durch Homeoffice-Nutzung erhöht werden. Bei Bedarf kann leicht eine Aufzeichnung gemacht werden, damit der*die Patient*in eine Einheit nochmals ansehen kann.“*

*„Krisen-, krankheits-, umstandsunabhängig. Gewährleistet die Aufrechterhaltung, Verlässlichkeit, Beständigkeit ... der psychotherapeutischen Beziehung. Therapie über Videotelefonie bildet durch Bild und Ton fast alle Wahrnehmungskanäle ab. Erfahrungsgemäß kann man sehr gut so arbeiten (auch Trauma-therapeutisch; Imaginationen; Körperwahrnehmungsarbeiten). Durch die Verwendung von end-to-end-verschlüsselten Medien ist auch der Datenschutz gewährleistet. Die Erfahrung, die Klient*innen und auch ich als Therapeutin mit dem Einsatz der Videotelefonie gemacht haben, hat die therapeutische Beziehung z. T. intensiviert. In Einzelfällen hat die zusätzliche Distanz auch manche Prozesse erst ermöglicht. Als Therapeutin hat mir die Videotelefonie mein Einkommen gesichert.“*

*„Der größte Vorteil von Video-Online-Therapiesitzungen liegt aus meiner Sicht in der zeitlichen und örtlichen Flexibilität. Ich konnte alle Therapiesitzungen aus meinem Arbeitszimmer in meinem Haus abhalten und war nicht gezwungen, eine 20-km-Fahrt zu meiner Praxis durch den ganzen Verkehr, den Stau und den Stress der Stadt zu machen. Ein weiterer Vorteil ist für mich die persönlichere Gestaltbarkeit, da der*die Klient*in ja auch in seinen*ihren Privaträumen ist und damit auch der Faktor ‚Fremdheit der Umgebung‘ wegfällt.*

Ein weiterer Vorteil war/ist für mich auch, dass ich über Bildschirmteilung sehr viel leichter als sonst Grafiken und Informationen, die für die Therapie wichtig waren/sind, in die Therapiestunde einbringen konnte, was in der Face-to-Face-Therapie nicht so leicht möglich ist. Auch kann/konnte ich akustische Instruktionen für Übungen über YouTube ganz einfach vorgeben, was ich ebenfalls als sehr nützlich und vorteilhaft erachte.“

*„Diese Möglichkeit hat viele Klient*innen auch entspannt, gerade Menschen mit starkem Druck – Soziophobie, Borderline, Ängsten und Zwängen – sowie unsichere Persönlichkeiten konnten hier besser Distanz wahren, fühlten sich nochmals sicherer: auch kein Weg in die Praxis, Verbleib in den vertrauten ‚vier Wänden‘.“*

„Die Videotelefonie kommt an die meisten Möglichkeiten heran, was die Befundung und Diagnostik, die Gesprächsführung und Intervention während einer Psychotherapie in der Praxis bietet. Videotelefonie würde Personen, die sonst keine Therapie in Anspruch nehmen könnten (krankheits-/symptombedingt und/oder vom Wohnort abhängig), eine Psychotherapie ermöglichen. Auch würde diese Möglichkeit viele Therapieabbrüche von ansonsten face to face stattfindenden Therapien verhindern helfen. Dies etwa durch Überbrückung von ansonsten unterschiedlich verursachten Therapieunterbrechungen (z. B. Krankheit).“

*„Es ist hilfreich, wenn die Patient*innen beruflich oft auf Geschäftsreisen sind, die Zeit aus anderen Gründen (Kinder, Pflege von Angehörigen, schlechte Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel etc.) sehr knapp ist.“*

*„Ich bin ein Fan von videobasierter Therapie. Ich persönlich mag es lieber, meine Therapien über Video zu haben, da ich mich dabei leichter konzentrieren kann und mich auch leichter öffne! Therapie per Telefon und Video hat bei manchen Klient*innen einen „Beichtstuhleffekt.“ Schamhaftes kann leichter verbalisiert werden.“*

*„In einigen Fällen hat sich die Intensität des Prozesses sogar deutlich verstärkt (durch die Distanz?) – Ich denke, durch die Distanz konnten die Klient*innen mehr Nähe und Offenheit zulassen).“*

2.1.1.2 Ausgewählte Statements zu den Vorteilen der Telefontherapie

„Die hochfrequente stützende Begleitung durch kürzere Telefoneinheiten ist bei Personen, die in einer Krise sind, ein äußerst wertvolles Mittel, um Dekompensationen entgegenzuwirken, und stellt im multidisziplinären Hilfsangebot eine stabilisierende Basis dar. Die Telefontherapie ist eine hervorragende Form aufsuchender Psychotherapie.“

*„Psychotherapie via Telefon war für Klient*innen, welche einen schlechten oder kaum Zugang zum Computer hatten, die einzige Möglichkeit, Therapie zu erhalten. Von meinen älteren Klient*innen wird diese Möglichkeit heute noch gerne genutzt, da es vor allem in dieser Altersklasse oft zu Absagen kommt. Ältere oder kranke Menschen haben nicht immer die Möglichkeit, selbstständig zu mir zu kommen. Durch die Möglichkeit des Telefonierens sind sie weniger abhängig und ich verzeichne hier einen deutlichen Anstieg und eine Regelmäßigkeit von Sitzungsfrequenzen. Die Hemmschwelle zu telefonieren ist für viele meiner Klient*innen geringer als die Videotelefonie und war auch oftmals der Beginn oder eine Annäherung zur Psychotherapie via Videotelefonie.“*

„Erreichbarkeit, kaum technische Probleme, Gefühl der Verbindung, bei längeren Telefonaten auch Schärfung anderer Wahrnehmungsquellen möglich (z. B. genaueres Hören von Untertönen, ...) – genaueres ‚Hinhören‘ wurde geschult.“

*„Der Aufmerksamkeitsfokus liegt ganz am Gesprochenen, am Tonfall, am Tempo usw. Durch den Wegfall der Optik verdichtet sich der verbleibende wahrnehmbare Teil der Kommunikation. Dies ist mit manchen Klient*innen sehr gut möglich und für diese ist es ein guter ‚Ersatz‘, wenn persönliche Treffen nicht möglich sind. Für andere Klient*innen hingegen ist es kein so passendes Mittel der Kommunikation. Das Gespräch kommt dann schwer in Fluss, Klient*innen spüren es, wenn sie keine ‚Telefonierer*innen‘ sind, dann kommen sie rascher auch wieder persönlich.“*

„Durch das Telefonieren entsteht eine sehr große Nähe (man hat die Stimme des anderen im Ohr – das ist etwas anderes, als jemanden sprechen zu sehen).“

*„Die Psychotherapie via Telefon ist bei guter Verbindung und geeigneten Rückzugsmöglichkeiten für die Klient*innen etwas ganz Einzigartiges: Die Konzentration auf die Stimme schafft eine sehr konzentrierte Arbeitsatmosphäre. Die Arbeit mit hypnosystemischen Trancen, die ein Herzstück meiner Arbeit ist, funktioniert telefonisch sehr gut. Die meisten Klient*innen waren sehr überrascht über ihren Erfolg. Die Klient*innen erleben nun, dass sie auch zu Hause mit ihrem Körper arbeiten können, weil sie es telefonisch erlebt haben. Weiterer Vorteil: Verkehrsstaus oder Verspätungen der Öffis spielen nun keine Rolle mehr.“*

*„Der Sehsinn wird durch das bessere Zuhören kompensiert. Wahrscheinlich ähnlich wie bei erblindeten Menschen, die z. B. sehr gute Masseur*innen sein können, da sie sich viel konzentrierter dem Fühlen widmen können.“*

*„Manche Klient*innen haben die Telefonie als sehr angenehm empfunden – kein Zwang, sich anzukleiden, herzurichten. Der fehlende Blickkontakt ermöglicht einen guten Blick nach innen.“*

*„Man hört aktiver und genauer hin, da man nur die Stimme als Hinweisgeberin hat. Für einige Klient*innen war es durch die räumliche Distanz und auch das ‚Nicht-Gesehen-Werden‘ leichter, sich schwierigen Themen zu widmen.“*

„Ich muss nicht sitzen während der Stunde (angenehmer). Konzentration auf die Stimme – erfordert spezifische Konzentration, keine Ablenkung – hat was für sich.“

„Konzentration ist ganz auf Hören fokussiert, bringt eigene Qualität.“

„Meine Stimme am Telefon wurde äußerst positiv wahrgenommen und viele Worte blieben im Ohr, da man vom Visuellen nicht abgelenkt wurde.“

„Der Vorteil des Telefons ist für mich das noch phänomenologischere Hinhören, da andere Sinne, wie das Sehen, nicht möglich sind.“

„Advantage: similar to the psychoanalytic setting, the voice plays an important role, ability to focus more on language.“

*„Manche Patient*innen genießen es, nicht gesehen zu werden. Für mich als Therapeutin erhöht das die Aufmerksamkeit des Hörens, da ich auf den Stimmklang als Zusatzinformationsquelle zum kognitiven Aufnehmen angewiesen bin. Auch hier empfinde ich keinen Nachteil oder Vorteil, sondern einfach nur die Notwendigkeit, mich auf das jeweils andere einzustellen. Manchmal bin ich selber froh, nicht schauen zu müssen und nicht gesehen zu werden, sondern mich ganz auf das Hören und Ansprechen konzentrieren zu können.“*

„Ich habe viel Erfahrung mit Notruftelefonen (142, 147, Essstörungshotline), daher war die Umstellung für mich problemlos.

Ansprechen von schambesetzten Themen, selbstkritisches Eingestehen von ‚schwierigen‘ Persönlichkeitsanteilen, Aussprechen von Sehnsüchten ... war für eine Person am Telefon fast leichter.“

*„Klient*innen meldeten zurück, sie könnten auch ‚gemütlich am Sofa liegen‘ während der Psychotherapie. Ein Klient (Erstgespräch) fand es ideal, beim Spaziergehen mit mir zu sprechen. Scham- und schuldbesetzte Themen werden leichter ohne vis-à-vis erzählt.“*

*„Patient*innen sagen, sie könnten sich besser konzentrieren, mitschreiben und hätten mehr von der Stunde, da sie nicht abgelenkt seien. Für mich als Therapeut war das Blättern in Unterlagen angenehm, da dies von den Patient*innen nicht wahrgenommen wurde.“*

„Die Telefontherapie war sehr fokussiert. Entspannungsübungen waren gut umsetzbar.“

„Nicht gesehen zu werden, kann den Grad an Anonymität erhöhen, der es unterstützt, sich zu öffnen.“

„Bei mit Scham besetzten Themen ist es oft einfacher zu telefonieren. Für Klienten ist da die Hürde kleiner.“

„Vor allem in der Natur ermöglicht Psychotherapie via Telefon zusätzliche Heilfaktoren.“

*„Durch die Reizreduktion verdichtet sich die Beziehung am Telefon sehr. Es entsteht über die Stimme eine große Nähe. Die meisten Patient*innen bestätigen, dass Psychotherapie über das Telefon sehr gut funktioniert und sie sehr positiv überrascht sind. Die Situation am Telefon verdichtet manche Erfahrungen. Das Hören ist viel intensiver, weil man sehr bedacht ist, nicht zu unterbrechen. Es entsteht ein sehr achtsames Aufeinander-Eingehen und -Hören. Den Rückmeldungen der Patient*innen nach machen sie nicht die Erfahrung, dass etwas fehlt oder dass die Psychotherapie defizitär gewesen wäre. Diese Erfahrung kann ich nur bestätigen. Die Psychotherapie beginnt schon mit der Begrüßung am Telefon.*

Psychoanalytisch ausgedrückt: Es stellt sich die Übertragungserfahrung stärker und schneller ein. Deutungen bekommen durch die erfahrene dichte Beziehungserfahrung am Telefon fast ein größeres Gewicht.

*Meiner Erfahrung nach eignet sich die Psychotherapie übers Telefon für eine große Anzahl von Patient*innen. Bei gewissen Störungen (Frühstörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen) braucht es die persönliche Begegnung, zumindest am Anfang und zwischendurch.“*

„Die ganze Telefonseelsorge wäre absurd, wenn ein Gespräch über Telefon nichts bringen würde. Natürlich ist Seelsorge keine Psychotherapie. Aber ich bin davon überzeugt, dass diese Interventionsform schon vielen suizidalen Menschen das Leben gerettet hat. Eigentlich ist es ein Skandal, dass man für Psychotherapie via Telefon und Videotelefonie heutzutage noch argumentieren muss.“

2.1.2 Nachteile, allgemeine Aspekte

Einer der interessantesten und spannendsten Befunde unserer Untersuchung ist sicher darin zu sehen, dass vieles von dem, was oben explizit als Vorteil beschrieben wurde, durch minimale Verschiebungen der Perspektive und des Kontextes auch als Makel gesehen werden kann. Viele Psychotherapeut*innen haben als Nachteil hervorgehoben, dass z.B. die fehlende leibliche Präsenz bei telefonischen oder videotelefonischen Behandlungen zu diagnostischer Unsicherheit und zum Verlust der therapeutischen Vielfalt führt, dass es den sicheren und geschützten Ordinationsraum braucht und dass sie Patient*innen nicht mit ihren durch die Therapie aktualisierten Sorgen und Problemen daheim zurücklassen möchten, dass es gerade für ängstliche und sozial phobische Patient*innen wichtig sei, ihre Wohnung zu verlassen und in die Ordination zu kommen, und dass sogar der Weg zur Therapie und das Ankommen in der Ordination zur Einstimmung, Vorbereitung und zum Ritual der Behandlung gehören und nicht wegzudenken seien.

2.1.2.1 Ausgewählte Statements zu den Nachteilen der Videotherapie

„Hauptnachteil ist die Irritation durch den gestörten Blickdialog bzw. nonverbalen Dialog ganz allgemein.“

„Empathie ist leicht eingeschränkt, die Qualität des Blickkontakts ist geringer.“

„Mangelnde Resonanzphänomene, wenn man sich nicht im selben Raum befindet.“

*„Kein direkter Augenkontakt möglich, ich sehe nur Gesicht und Schulterpartie der Klient*innen. Atmungsfrequenz, nervöses Zucken eines Beines und andere nonverbale Zeichen können vom Therapeuten nicht erkannt werden), Interventionsmöglichkeiten eingeschränkt, Klient*in muss selbst für geschützten Raum zu Hause sorgen, Sicherheitslücken bei diversen Anbietern von Videotelefonie.“*

*„Nachteile: mögliche Datenschutzthemen, je nach Anbieter. Zentral: Über Videotelefonie können viele Aspekte der therapeutischen Beziehung NICHT so zum Tragen kommen wie im persönlichen Kontakt. So bleibt der gesamte Bereich nonverbaler Kommunikation weitgehend ausgeschaltet. Das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen ist beeinträchtigt. Wesentliche negative Erfahrung der Patient*innen war auch die Tatsache, dass nach der Sitzung die belastenden Themen nicht im geschützten Raum der Psychotherapie zurückgelassen werden können, sondern in den Wohnräumlichkeiten zurückbleiben. Häufig war es für Klient*innen auch schwierig, zum Teil unmöglich, einen ungestörten Ort für die Online-Sitzungen aufzusuchen. Für Klient*innen, die aufgrund ihrer Symptomatik dazu tendieren, ihre Wohnung wenig oder nicht zu verlassen, fällt eine regelmäßige Notwendigkeit dafür weg. Emotionale Unterstützung und Containment sind online ungleich schwieriger zu vermitteln als im direkten Kontakt. Die therapeutische Beziehung ‚leidet‘ bei dauerhafter Reduzierung auf ein Online-Setting. Da sie wesentlicher Wirkfaktor in Psychotherapien ist, scheint eine Etablierung dieser Variante im regulären Therapie-Geschehen keinesfalls zielführend.“*

*„Nachteile: sehr anstrengend für Therapeut*innen. Termine können aus meiner Sicht nicht im Stundentakt vergeben werden ohne größere Pause. Für die Augen und Konzentration sehr anstrengend. Es ist nicht möglich, die Körpersprache der Klient*innen zu beobachten, zumal auch oft schlechte Verbindung aus technischer Sicht. Man unterbricht sich leichter, weil eben der direkte Kontakt fehlt. Die Rückmeldung meiner Klient*innen war, dass nach anfänglicher Freude, dass Therapie stattfinden kann, ausnahmslos alle froh waren, wieder persönlichen Kontakt haben zu können.“*

*„Via Video sehe ich zwar die Klient*innen, aber es erfordert sehr viel mehr Fragen zum Gemütszustand als in Face-to-Face-Therapien, wird dadurch um vieles anstrengender und erfordert mehr Zeit.“*

*„Die Bequemlichkeit verführt manche Klient*innen dazu, Psychotherapie via Videotelefonie machen zu wollen, obwohl sie wiederkommen könnten und das Face-to-Face-Setting als gewinnbringender erleben.“*

*„Ich mag es gar nicht und habe es nur für meine völlig verzweifelten Patient*innen getan. Die meisten Patient*innen haben während der Skype-Sitzung ständig geweint, und nicht einmal ein Taschentuch reichen zu können, war für mich emotional eine große Herausforderung. Ich habe nur mit Patient*innen gearbeitet, die ich schon vorher gut kennengelernt habe, und deshalb auch fehlende Infos aus dem persönlichen Kontakt zu rekonstruieren versucht – wie Bewegungen der Patient*innen beim Eintreten in den Raum, Stimmungen emotionaler Gestimmtheit, ‚Ankommen‘ im Therapieraum, sich einlassen auf das Gegenüber, feine Nuancen des Ausdrucks im Gesicht und der Blickrichtung (wann schaut mich der*die Patient*in an, wann schaut er*sie weg ...) usw.*

Besonders dieses einseitige Schauen in den Computer war ein Problem.

*Gleichzeitig sehe ich, dass es besser war, als nicht in Kontakt zu treten. Ich weiß, dass ich meine Patient*innen dadurch daran erinnern konnte, dass sie es schaffen können, ihre Krise zu bewältigen. Mit mir in Kontakt zu treten, wirkte stabilisierend und erinnerte an Normalität. Ich habe extrem ressourcenorientiert gearbeitet in dieser Zeit. Das war tatsächlich hilfreich. Aber ich denke, eben nur,*

weil schon vorher der gute Kontakt und die stabile Beziehung da waren. Erstgespräche wären daher via Skype für mich nicht denkbar.

*Diese unangenehmen Aspekte machen Skype-Sitzungen daher für mich extrem anstrengend. Müsste ich nur so therapieren, würde ich den Job wechseln, obwohl ich sehr liebe, was ich da tun darf mit meinen Patient*innen.“*

„Wenn ich ein Gesicht sehe, jedoch durch die Kamera und das Bild den ‚echten, direkten, aktuellen‘ Augenkontakt nicht halten kann, ist es sehr irritierend für mich, wirklich psychotherapeutisch tätig zu sein. Psychotherapie gelingt nur mit Wahrnehmung auf allen Ebenen, mit allen Sinnen und im Kontakt mit dem eigenen und dem anderen Organismus. Videotelefonie und Telefon können nur beratend und begleitend sein, klassische Psychotherapie lebt jedoch vom realen und direkten Kontakt in der Realität mit den Menschen in einer echten Begegnung. Wir nehmen ganzheitlich wahr, und da kann die Telefonie oder aber die videogestützte Telefonie nur begrenzt den anderen Organismus wahrnehmen.“

*„Nachteile sind das Fehlen der menschlichen, persönlichen Präsenz mit der gesamtkörperlichen Gestik, Mimik, ein Fehlen des Bei-Seins bei schweren Themen, Gefühlsüberschwemmungen. Der natürliche Schutzraum des Praxisraumes fehlt, ein Da-Sein und das vertrauende Wissen des*der Klient*in, aufgefangen zu werden.*

*Mehrere Klient*innen waren während der Video-Sitzungen nicht alleine in der Wohnung/im Haus und wurden öfters von Kindern oder anderen Mitbewohner*innen gestört. Manche haben sich ins Auto gesetzt, um mit mir per Video-Telefon zu sprechen. Allgemein konnte ich ein Zurückhalten von belastenden Gefühlen beobachten, ein Wachsam-Sein – wer weiß, wer mithört.*

Fehlender sicherer Datenschutz ist sicher auch ein Nachteil. Ein Aufgefangen-Werden in Krisen ist kurzzeitig per Videotelefonie möglich, keinesfalls aber eine gesamte psychotherapeutische Behandlung.“

2.1.2.2 Ausgewählte Statements zu den Nachteilen der Telefonbehandlung

„Disadvantage: patients may not focus on the session.“

*„Nachteile: Weil es allen Grundzügen einer Psychotherapie widerspricht; zum Beispiel weil die Ernsthaftigkeit durch persönliches pünktliches Erscheinen, ein Sich-auf-den-Weg-Machen in eine Praxis niemals einem Telefonat gleichkommt; weil die umfassende Wahrnehmung einer Person – ja, auch ihres Körpers – wegfällt, beginnend beim Händedruck (z.B. ‚Schraubstock‘ oder ‚tote Hasenpfote‘) bis zum Blickkontakt und dem weiteren Agieren (Bewegungen schnell oder langsam, wohin will er*sie sich setzen, was bemerkt der*die Patient*in in der Praxis, wie verhält er*sie sich in einer neuen Umgebung usw.). Sorry, aber dann käme mir die Psychotherapie vor wie die Telefonseelsorge (ohne Abwertung derselben, diese ist jedoch ein niederschwelliges Angebot).“*

„Nachteile:

1) Der Kraftaufwand für eine Telefontherapie ist um einiges höher – für alle Beteiligten. Es muss das Gehör alle anderen Sinne kompensieren. Daher ist die Regenerationszeit bis zur anschließenden Behandlungseinheit unbedingt zu beachten und zu verlängern (15 Minuten Minimum).

2) Die ganzheitliche Wahrnehmung – auch der Körpersprache – entfällt, weshalb diagnostische Elemente fehlen. Das gilt besonders für den Therapiebeginn einer Behandlung.

*3) Der Schutz des sicheren Raumes liegt nun nicht nur mehr bei dem*der Therapeut*in, sondern zu gleichen Teilen auch bei dem*der Patient*in: Ist Letztere*r in der Lage, akustisch gut abgeschirmt zu reden – oder ergeben sich nachteilige Störungen bei Nicht-Einhaltung? (z. B. Ehepartner*in erfährt*

*zufällig Gesprächsteile durch das geöffnete Balkenfenster; im Nebenraum hat gerade ein Streit stattgefunden, Patient*in wechselt Zimmer und steigt unmittelbar in die Telefontherapie ein.) Auch die psychologische Konditionierung kann nachteilig sein – etwa wenn der einzige ruhige Ort zum Reden das Kinderzimmer, die Garage, das Ehebett etc. ist...*

4) Die Kosten für die Telefonie als zusätzlicher finanzieller Faktor – wer hat sie zu tragen?

5) Die Telefontherapie kann im seltenen Fall zu einer Gewöhnung und Bequemlichkeit führen, sodass die Realität einer therapeutischen Beziehung eingespart wird.

6) Personen mit Sinneseinschränkungen (Gehörverlust, intellektuelle Beeinträchtigung) können davon nicht profitieren.“

*„Nachteil: Manche Methoden können nicht angewandt werden, sehr heikle Bereiche können nicht angesprochen werden (z. B. bei sehr traumatisierten Klient*innen, Gefahr der Dissoziation), bei denen es wichtig ist, die Reaktion der Klient*innen zu sehen, bei Klient*innen, bei denen es wichtig ist, dass sie das Haus verlassen.“*

*„Die Klient*innen gar nicht zu sehen, sondern nur zu hören, nimmt mir viel an Sicherheit im Kontakt. Wie ist der affektive Zustand, wie der körperliche, muss ich intervenieren, sind schwer zu beantwortende Fragen. Erkennen der Abwehr ist eindeutig erschwert. Geht nur kurzfristig bei stabileren, neurotischen Klient*innen, die ich schon sehr gut kenne. Erstgespräche sind praktisch unmöglich.“*

„Telefon ist ein reines Notfallinstrument.“

„Hauptnachteil ist die Einengung auf den auditiven Kanal.“

„Für die Kinderpsychotherapie sehe ich via Telefon gar keine Alternative zur Arbeit face to face.“

„Für mich waren das mehr Entlastungsgespräche und dienten dem Erhalt der therapeutischen Beziehung. Therapeutisches Arbeiten mit Interventionen war nur sehr eingeschränkt möglich!“

„Nachteile – Schweigephasen sind schwieriger konstruktiv nutzbar, weil keine visuelle Verbindung besteht.“

„Emotionale Übertragungsprozesse, welche für therapeutische Erfolge eine wesentliche Rolle spielen, fallen weg, wenn telefonisch oder per Videotelefonie kommuniziert wird.“

*„Bei Klient*innen mit Trauma-Symptomatik habe ich die telefonische Behandlung als Bereicherung erlebt. Klient*in konnte sich am ‚sicheren Ort‘ – also zu Hause – besser öffnen.*

Eine Klientin mit Borderline-Symptomatik hat die Behandlung per Telefon als positiv erlebt – sie hatte das subjektive Gefühl, mich zu jeder Zeit erreichen zu können.

*Nachteil: Abklärung der Suizidalität bei Klient*innen, die noch nicht so gut eingebunden sind, habe ich als schwierig erlebt. Mimik und Gestik haben mir hier als diagnostisches Instrument gefehlt. Der Kommunikationsfluss durch telefonische Behandlung ist nicht natürlich gegeben. Erkennen von Emotionen ist schwierig. Arbeit mit Intermediärobjekten oder Aufstellungsarbeit (Psychodrama-Schule) ist ebenfalls schwierig. Nur auf Sprache auszuweichen, entspricht nicht meinem therapeutischen Ansatz (‚die Seele im Handeln zu ergründen‘).*

*Generell überwiegen für mich die Nachteile in der therapeutischen Behandlung via Telefon. Als Ausweichmöglichkeit, wenn kein anderes Setting möglich ist (Klient*in hat sich das Bein gebrochen, Betreuungspflichten ...), kann ich mir diese Art der Behandlung gut vorstellen.“*

„Fehlender Blickkontakt erfordert noch mehr Fragen. Die Resonanz kann nur aufgrund der Worte stattfinden. Es fehlt die Körpersprache.“

„Durch den fehlenden Sichtkontakt können Stimmungen/Reaktionen schlechter oder nicht eingeschätzt werden. Der Vorzug ist klar dem Video zu geben.“

„Es fehlt ein großer Teil des Gesamteindrucks. Psychoanalysen gehen besser mit Telefon als mit Bildschirm, die anderen Therapien besser mit Laptop und Sicht.“

*„Der Nachteil ist die ungewohnte Gesprächssituation. Gesprächspausen werden als länger erlebt. Ich habe mehr auf den Gesprächsfluss geachtet als in einer Face-to-Face-Sitzung. Dies ist für mich als Analytikerin schwierig, da die ‚freischwebende Aufmerksamkeit‘ zu unseren Techniken zählt. Es war eine Herausforderung, diese Präsenz am Telefon zu gewähren, und es hat eine gewisse Zeit des Umgewöhnens benötigt. Alle Patient*innen haben die Psychotherapie via Telefon gut angenommen, bis auf eine Patientin. Sie war mit der ungewohnten (stimmlichen) Nähe der Telefon-Psychotherapie überfordert. Wir haben dies bearbeitet und die Telefonsitzung war sehr wichtig für ihren Prozess!“*

*„Nachteile: Die optische Information für die Behandlung fehlt im Vergleich zum Video – wenn Patient*innen sich selbst verletzen, in psychotisch anmutenden Zuständen sind sowie bei Anorexie ist die Einschätzung durch fehlende optische Informationen schwierig.“*

„Das kann man nicht Psychotherapie nennen, höchstens Begleitung, Krisengespräch etc. –und zwischendurch einsetzen bei fehlender Mobilität.“

„Als Körpertherapeutin arbeite ich auch mit Berührung, körperlicher Nähe und Distanz. Das ist nicht möglich.“

„Übertragungsvorgänge können nicht so gut genutzt werden.“

„Auch telefonische Suizidabklärungen finde ich schwierig und riskant.“

„Nachteile: Strukturell etwas eingeschränkte Menschen haben das Telefonieren als sehr anstrengend erlebt und haben sich den Videochat gewünscht.“

„Psychotherapie via Telefonie neigt dazu, oberflächlicher zu sein.“

*2.2 Ansichten in Bezug auf Störungsbilder/Patient*innengruppen, therapeutische Interventionen und Methoden bei E-Psychotherapie*

Wenn man die Ansichten der Studienteilnehmer*innen zu den verschiedenen Patienten*innengruppen zusammenfasst, bei denen telefonische oder videotherapeutische Interventionen problematisch oder kontraindiziert sind, und umgekehrt die Störungsbilder listet, bei denen die Befragten der Meinung sind, dass e-psychotherapeutische Behandlungen sogar Vorteile bieten und neue therapeutische Möglichkeiten eröffnen, und darüber hinaus die therapeutischen Methoden, Interventionen und Techniken anführt, bei denen die therapeutische Kollegenschaft zur Überzeugung kam, dass sie im Falle der E-Psychotherapie nicht oder trotzdem durchführbar sind, ergibt sich folgende Zusammenschau:

Störungsbilder/Patient*innengruppen, bei denen Telefon- und/oder Videobehandlungen nicht gemacht werden sollten bzw. von Nachteil sind

Videobehandlung verstärkt bei Patient*innen mit Depressionen, Ängsten und Sozialphobien das Vermeidungsverhalten – „*bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen absolut nicht machbar*“, ebenso nicht bei Patient*innen mit „*Neigung zu psychotischer Verarbeitung*“, oder bei „*Abklärung der Suizidalität*“.

*„Wenn Patient*innen sich selbst verletzen oder anorektisch sind bzw. wenn psychotische Zustände entwickelt werden, ist eine schnelle Intervention bei face to face leichter möglich.“*

*„Bei manchen Patient*innen schwer für Beziehungsgestaltung, insbesondere bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen oder im Erstkontakt.“*

*„Bei verzweifelten oder panischen Patient*innen ist es viel schwieriger, sie zu trösten, weil der direkte Kontakt fehlt.“*

*„Deutlich höhere Ablenkung bei ADHS-Klient*innen.“*

„Für Kinder unter 10 Jahren konnte meinerseits kein Ersatz für die gewohnte Behandlung online geboten werden.“

*„Meiner Erfahrung nach eignet sich die Psychotherapie übers Telefon für eine große Anzahl von Patient*innen. Bei gewissen Störungen (Frühstörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen) braucht es die persönliche Begegnung, zumindest am Anfang und zwischendurch.“*

Störungsbilder/Patient*innengruppen, bei denen Telefon- und/oder Videobehandlungen von Vorteil sind bzw. sein können

Depression, Depression mit schwerer Antriebsminderung, Angst, Zwang, Sozialphobien, Agoraphobie, Bakteriophobie – wenn es Patient*innen nicht schaffen, das Haus zu verlassen, oder bei intimen Themen, die im persönlichen Kontakt sonst nicht zur Sprache kämen.

*„Ich habe erstaunlich gute Erfahrungen via Videotelefonie mit der jungen Generation gemacht. Darüber hinaus war es möglich, eine meiner Klient*innen in einem Pflegezentrum weiter zu betreuen, was wegen der Vereinsamung total wichtig war.“*

„Für bestimmte Personengruppen – z. B. Mütter von sehr kleinen bzw. von mehreren Kindern, ältere Menschen, die nicht mehr sehr mobil sind, Menschen mit körperlichen Behinderungen, Personen, die aus anderen Gründen wöchentliche Anfahrten scheuen oder Menschen mit langen Bürostunden – ist die Möglichkeit der Psychotherapie via Videotelefonie ein echter Gewinn.“

„Ganz besonders auch für mobilitätseingeschränkte Menschen, die es sonst nur schwer (Begleitperson organisieren ...) oder gar nicht schaffen, in die Praxis zu kommen.“

Interventionen, Methoden und Techniken, die im Telefon- und oder Videosetting nicht anzuwenden oder nur schwer durchzuführen sind

EMDR; Traumatherapie; Expositionstherapie in realen Räumen; Aufstellungsarbeit; Brettaufstellung; Familienbrett; Hypnose; Spielen mit Kinderklient*innen; Brainspotting; Trancen; Imaginationen; Stühlearbeit (Schematherapie); Fantasiereisen (KIP); Strukturaufstellungen, Timeline-Methode, Entspannungsübungen.

„Vor allem tiefenpsychologisch orientierte Therapien sind wohl weniger für die E-Therapie geeignet.“

*„Es gab Themen (Trauma-Aufarbeitung), die ich nicht in die Videotelefonie aufnehmen wollte und wo die Verantwortung bei dem*der Psychotherapeut*in ist, um dies gut einschätzen zu können.“*

„Als Traumatherapeutin arbeite ich online derzeit eher stabilisierend, bzgl. Traumakonfrontation bin ich zurückhaltend, da die sensorischen Eindrücke doch etwas beschränkter sind.“

„Kreative Methoden können nicht angewendet werden, heikle Themen bleiben eher aus.“

„Die Therapie beschränkt sich auf die verbale Ebene, etliche Therapieinterventionen (Imagination, Rollenspiele ...) können nicht durchgeführt werden.“

„Die Möglichkeit, auch körperlich zu intervenieren, z. B. bei Dissoziationen fällt weg.“ „Methodische Aspekte, die in der therapeutischen Beziehung wirken (Holding, Containing, Übertragungsgeschehen) können im Online-Setting kaum umgesetzt werden.“

„Körperübungen, EMDR, Raumnutzung, Arbeit mit Visualisierung, tiergestützte Arbeit etc. fallen leider aus.“

Interventionen, Methoden und Techniken, die auch oder gerade im Rahmen von Telefon- und/oder Videositzungen gut durchführbar sind

Entspannungsübungen; Trancen; Hypnose; Imaginationen; Ressourcenaktivierung.

*„Fantasieübungen, Zeitreisen, Externalisierungen, Sicherer-Ort-Übungen, PMR-Anleitungen und alle Formen der Gesprächsführung [Telefonsetting ist gemeint, Anm. der Autor*innen].“*

„Es sind sogar Traumatherapie-Methoden online durchführbar, siehe: <https://youtu.be/e4kc6Qg6f-E> (Brainspotting-online).“

„Gerade die Kreativität und Spontaneität werden gefördert durch die Abwechslung. Bühnenszenen können vor der Kamera mithilfe von Puppen/Tüchern/Legomännchen/Steinen – u.v.a.m. gestaltet werden, ebenso ausprobiert: die Interviewtechnik, hat wunderbar funktioniert.“

„Angeleitete Entspannung hat sehr gut funktioniert. Ich vermute, durch die nahe Stimme am Ohr über die Kopfhörer wird der Effekt verstärkt.“

„Auch Symbol- und Körperarbeit wie auch kreative Methoden sind gut für Videobetreuung geeignet.“

„Es war auch gut möglich, via Telefon Imaginationen durchzuführen.“

„Arbeite auch sehr viel mit Brainspotting – auch diese Methode funktioniert wunderbar über Video und Telefon.“

„In der Gruppentherapie wurden vor allem Körperwahrnehmungsübungen und geführte Imaginationsübungen als angenehmer im eigenen Umfeld erlebt. Auch die Intimität vom Breakout Room fand guten Anklang.“

„Überraschenderweise auch hier Übertragung/Gegenübertragungsphänomene beobachtbar, bearbeitbar [Videobehandlungen sind gemeint, Anm. der Autoren].“

„Es können auch Übungen gemeinsam gemacht werden (z.B. Entspannungseinheit, Atemübung bei Angst/Panik, guter innerer Ort etc.). Ich habe sogar mit kreativen Medien (Zeichnung) arbeiten können.“

„Auch, wenn vorher keine Face-to-Face-Sitzungen stattgefunden haben, ist es per Videotelefonie gut möglich, ein stabiles Arbeitsbündnis herzustellen. Anleitung zu Imaginationen, Körperübungen, sogar Kunsttherapie ist ebenso gut möglich.“

Warum die einen Kolleg*innen meinen, dass Traumatherapien, Hypnosen, Trancen, Imaginationen, Brainspotting, Körperübungen, das Arbeiten mit kreativen Methoden, die Beobachtung und Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen usw. bei E-Psychotherapien möglich sind, und warum die anderen behaupten, dass dies nicht ginge, bleibt teilweise unklar, da in den getätigten Statements meistens Begründungen für die jeweiligen Ansichten fehlen. Interessant sind diese heterogenen Aussagen aber in jedem Fall, da sie zeigen, dass möglicherweise die Persönlichkeit, die Voreinstellung und Bereitschaft der jeweiligen Kollegin bzw. des jeweiligen Kollegen sich auf E-Psychotherapien einzulassen, hier eine große Rolle spielt. In Bezug auf Störungsbilder wie z.B. sozialen Phobien, bei denen E-Psychotherapie von vielen Kolleg*innen entweder als Segen oder als Fluch angesehen wird, lässt sich argumentieren, dass die unterschiedlichen Meinungen der Kolleg*innenschaft hier möglicherweise in einen Konsens münden könnten, wenn man verschiedene Ausprägungen und Krankheitsstadien unterscheiden würde.

So ist es z.B. absolut geboten, im Falle von schweren sozialen Phobien und Ängsten, die es für Betroffene unmöglich macht, das Haus zu verlassen, Behandlungen zunächst über E-Psychotherapien einzuleiten und ab dem Moment, in dem die Therapie fruchtet und sich die Betroffenen wieder in die Öffentlichkeit trauen, auf Face-to-Face-Sitzungen in der Ordination zu bestehen, um das Vermeidungsverhalten zu unterbinden.

2.3 Meinungen und Einstellungen zur therapeutischen Beziehung bei E-Psychotherapie

Ein weiteres, sehr spannendes Thema unserer Untersuchung, das über keine Frage von uns explizit angesprochen wurde, das jedoch sehr viele Befragte von sich aus thematisiert und zur Sprache gebracht haben, ist das Thema der Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung, das ja gerade in der Psychotherapie als eine Art Heiliges Land gilt (vgl. Boss 1979; Henry & Strupp 1994; Grawe, Donati, Bernauer 1994; Brücher 2015), da die therapeutische Zunft davon überzeugt ist, dass die Effektivität und der Erfolg von psychotherapeutischen Behandlungen stark mit der Qualität der therapeutischen Beziehung zusammenhängt. Auch hier gibt es sehr viele heterogene und unterschiedliche Statements.

Diese reichen von der Überzeugung, dass therapeutische Beziehungen im Falle von Telefonie und/oder Videotelefonie extrem leiden oder sogar verunmöglicht würden, bis zur gegenteiligen Überzeugung, dass die Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung im Rahmen der E-Psychotherapie gleich gut herzustellen sei bzw. sogar intensiviert werden könne. Dazu sechs Zitate:

*„Wirkliche Psychotherapie muss eine Beziehungserfahrung im selben Raum ganzheitlich und leibhaftig anwesender Menschen sein. Jede kleine Regung, das Wippen eines Fußes, die fahrige Geste durchs Haar, der angstvolle Blick, ein nervöses Seufzen, das unruhige Sitzen – alles, was eine verletzliche, kostbare und mitfühlende Begegnung von zwei oder mehr Menschen ausmacht, geht verloren, macht jedoch das Wesen jeder womöglich heilsamen Beziehungserfahrung aus. Im leibhaftigen Erleben wird der*die Einzelne (wieder) zum Subjekt, die Technik macht ihn*sie zum Objekt – ebenso wie die Statistik! Die Art von Beziehung, in der sich ein Mensch zum Objekt der Bewertung anderer herabgewürdigt fühlt, hat ihn oft gerade krank werden lassen. Deshalb sucht er in der Psychotherapie nach einer wahrhaftigen Beziehungserfahrung von Mensch zu Mensch, auf Augenhöhe.“*

*„DAS IST KEINE PSYCHOTHERAPIE, im besten Fall ist das, was man mit Videotelefonie erreichen kann KRISENINTERVENTION oder BERATUNG. Das, was in einer Psychotherapie heilt, ist die Beziehung und die ist nicht medial zu vermitteln. Ich muss sehen und hören, wie ein Mensch atmet, wie seine Körpersprache ist. Ich möchte ihm beistehen können. Mit Video oder Telefon ist er in Wirklichkeit nicht erreichbar. Ich kann mich nur an der Oberfläche bewegen. Viele Traumata sind im Körpergedächtnis gespeichert. Ich würde niemals eine*n Patient*in an seine Traumata heranzuführen, wenn ich ihm*ihr nicht persönlich, von Angesicht zu Angesicht, gegenüberstehen kann und ihm*ihr vermitteln kann, WIR halten das aus, wir stehen das durch und Sie sind nicht mehr alleine.“*

„Der Aufbau der therapeutischen Beziehung ist bei Videositzungen ebenso möglich wie beim Face-to-Face-Kontakt.“

*„Die Erfahrung, die Klient*innen und auch ich als Therapeutin mit dem Einsatz der Videotelefonie gemacht haben, hat die therapeutische Beziehung z. T. intensiviert.“*

*„Zu meinem Erstaunen sind meine Patient*innen sehr gut mit der Krise umgegangen, wir waren sehr intensiv im Kontakt und ich habe mehr Einblick in deren familiäres und berufliches Umfeld bekommen, unsere therapeutische Beziehung hat sich größtenteils vertieft und verstärkt.“*

„Eine Klientin begleite ich bis heute fast nur über Skype. Sie profitierte sehr von dieser Art Therapie. Auf der Beziehungsebene gelang erst durch die Videotelefonie und die regelmäßige Begleitung der Durchbruch. Die therapeutische Beziehung ist gestärkt aus dieser Zeit hervorgegangen. Es ist bei der Klientin mehr Vertrauen entstanden. Die wenigen Face-to-Face-Termine nachher waren deutlich verändert. Es ist seither leichter, mit ihr zu arbeiten und ihre Ressourcen einbeziehen zu können.“

Es ist vollkommen klar, dass die therapeutische Beziehung das Um und Auf der psychotherapeutischen Behandlung darstellt. Wie sollen sich die Patient*innen gegenüber ihren Therapeut*innen auch öffnen, ohne zu vertrauen und ohne zu glauben, dass der*die Behandler*in all das Angstbesetzte, Schamhafte, Peinliche und Irrationale, das während einer Therapie zur Sprache gebracht wird, wertfrei, professionell und behutsam aufnimmt, mit zu verdauen und mit zu verwandeln hilft. Ohne starke und haltende therapeutische Beziehung ist es schwer vorstellbar, dass Psychotherapie wirkt.

Doch was macht die Qualität einer Beziehung und was die Qualität einer therapeutischen Beziehung aus?

Vielleicht kann an dieser Stelle all jenen Kolleg*innen, die skeptisch in Bezug auf die Qualität der therapeutischen Beziehung bei E-Psychotherapien sind, durch einen Vergleich und einen Verweis auf den nicht-therapeutischen Beziehungsbereich geantwortet werden.

Was die Digitalisierung heute zeigt, ist, dass Liebesbeziehungen, Freundschaften und Co. heute oft zunächst online geknüpft werden und so überhaupt erst zustande kommen. Darüber hinaus gibt es viele Menschen, die Fernbeziehungen führen. Sie lernen sich z.B. auf Kongressen kennen, verlieben sich, lieben sich und sind aufgrund von beruflichen und familiären Verpflichtungen nicht in der Lage, den Lebensmittelpunkt zu verlegen. Sie sehen sich daher phasenweise nur zwei Mal pro Monat oder noch seltener. Daneben gibt es Partnerschaften und Lebensgemeinschaften, die seit Jahren bestehen, man sieht sich täglich mehrere Stunden und die Beziehung ist trotzdem oder deswegen tot.

Nicht zu vergessen ist, dass es einmal eine Zeit und Epoche gab, in der sich Menschen noch Briefe schrieben und eine ganze Kultur der Beziehungspflege über Tinte und Papier stattfand. Das beste Beispiel hierzu ist Sigmund Freud, der Vater der Psychotherapie, der keinen Tag ohne Korrespondenzen beendete und in seinem Leben an die 20.000 Briefe schrieb. Allein sein Briefwechsel mit Ludwig Binswanger, dem Begründer der daseinsanalytischen Psychotherapie, der Freud gemeinsam mit C.G. Jung Ende Februar 1907 in Wien besuchte, zählt 83 Briefe und 8 Postkarten, obwohl sich beide Männer insgesamt nur drei Mal im Leben trafen (vgl. Binswanger 1956). In diesen Briefen zeigt sich sehr stark die innige und freundschaftliche Beziehung der beiden Kollegen, das ehrliche Interesse am anderen und der Wunsch des Fortbestands des gegenseitigen In-Beziehung-Tretens, das Bedürfnis nach Begegnung, was so viel bedeutet wie in die Gegend zu gehen, in welcher der jeweils andere zu Hause ist.

Hängt die Qualität einer Beziehung – auch einer psychotherapeutischen Beziehung – wirklich davon ab, ob eine permanente physisch-leibliche Präsenz und Anwesenheit in einem realen Raum gegeben ist? Was genau versteht die vor der Pandemie vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Internetrichtlinie zur Psychotherapie unter psychotherapeutischer Beziehung? In dieser Richtlinie wurde argumentiert, „dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind“.⁹

3. Zusammenfassung und Schluss

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass von den 717 befragten Psychotherapeut*innen nur ein Drittel die Option einer E-Psychotherapie bereits vor der CoViD-Krise positiv einschätzte und dass inzwischen rund zwei Drittel der Kollegenschaft diese Option generell positiv beurteilen, wobei fast 90 % finden, dass E-Psychotherapie in bestimmten vorübergehenden Situationen ein sinnvolles Angebot darstellt.

⁹ Siehe dazu: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html> – Internetrichtlinie (abgerufen am 3.3.2020).

71 % der befragten Psychotherapeut*innen sind dafür, E-Psychotherapie als generell abrechenbare Leistung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, und 94 % treten für die Kassenfinanzierung von E-Psychotherapie in Ausnahmesituationen ein. Ob und wie solche Ausnahmesituationen zu definieren wären und ob es sinnvoll wäre, hier generalisierende Leitlinien vorzugeben, steht auf einem anderen Blatt. Letzteres wird von den Autor*innen dieser Studie eher bezweifelt. Wenn es stimmt, dass „jeder neue Fall, der gründliche Behandlung erfordert, bedeutet Pionierarbeit“ zu leisten, wie C.G. Jung (1973, S. 25) einmal meinte, dann kann über Richtlinien und Leitlinien kaum oder nur sehr eingeschränkt geregelt werden, wann E-Psychotherapie erlaubt sein soll und wann nicht und in welcher Phase der Behandlung das bei welcher Störung und welchem Schweregrad der jeweiligen Störung sein darf und wann nicht.

Ebenfalls fragwürdig erscheint eine Bestimmung, die starr regelt, dass nur ein bestimmter Prozentsatz der Behandlungen über E-Psychotherapien erlaubt sein soll, weil das nicht auf die spezifischen Rahmenbedingungen einzelner Therapeut*innen und Patient*innen abzielt.

Wenn man das regeln möchte, wären hier 20 % adäquat, wie das in Deutschland geregelt ist, oder 25%, wie es von Peter Stippl, dem Präsidenten des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie, für Österreich vorgeschlagen wurde – oder wäre eine noch liberalere Regelung von halbe-halbe angemessen?

Sollte es Post-Corona in Österreich zu einer Aufweichung der Vor-Corona-Position kommen – was sehr wünschenswert wäre –, müssten all diese Fragen von einer breit angelegten Expert*innen-Kommission mit Therapeut*innen, die Erfahrungen mit E-Psychotherapie gemacht bzw. Studien zu diesem Thema durchgeführt haben, erörtert werden. Diese Erfahrungen und Ergebnisse sollten in etwaige Richtlinien maßgeblich einfließen.

In jedem Fall gilt es, drei Gefahren abzuwenden: Erstens, dass Patient*innen diese Behandlungsoption verwehrt und vorenthalten wird, wenn Face-to-Face-Sitzungen nicht möglich sind. Zweitens, dass sich Psychotherapeut*innen, nachdem nun viele positive Erfahrungen mit der telefonischen und videotelefonischen Behandlung vorliegen, im Falle der Rückkehr zur alten Verbotsregel, im Interesse der Patient*innen genötigt sehen, e-psychotherapeutische Interventionen hin und wieder illegal – also trotz Verbot – anzuwenden. Drittens, dass es aus Gründen der Bequemlichkeit oder aus finanziellen Gründen aufseiten der Patient*innen oder der Psychotherapeut*innen zu deutlich weniger Face-to-Face-Settings kommt, auch dann, wenn Face-to-Face-Settings in den jeweiligen Fällen erheblich angemessener wären.

In jedem Fall wird es spannend sein zu beobachten, wie es Post-Corona mit der e-psychotherapeutischen Versorgung in Österreich weitergeht.

4. Literatur

- Binswanger, L. (1956). *Erinnerungen an Sigmund Freud*. Bern: Francke.
- Boss, M. (1979). Begegnung in der Psychotherapie. In M. Boss (Hrsg.), *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Vortrag von 1964* (S. 287–294). Wien: Europa Verlag.
- Brücher, K. (2015). Psychotherapeuten, Prostituierte und andere. Ein Strukturmodell der therapeutischen Beziehung mit einem Seitenblick auf Jaspers. In J. Zimmermann, W. Gräßler, C. Sülz, M. Heinze (Hrsg.) *Psychotherapie, Naturwissenschaft und Religion* (S. 131–149). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Cook, J. & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyber Psychology & Behaviour* 5(2), 95–105.
- Eichenberg, C. (2020). Psychotherapie in der Coronakrise: Trendwende in der Online-Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 255–256. siehe auch:
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/214316/Psychotherapie-in-der-Coronakrise-Trendwende-in-der-Online-Psychotherapie#literatur> (abgerufen am 25.11.2020)
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Henry, W.P. & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Hrsg.), *The working alliance: Theory, research and practice* (S. 51–84). New York: Wiley.
- Jung, C.G. (1973). *Die Psychologie der Übertragung. Erläutert anhand einer alchemistischen Bilderserie*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter.
- Maio, G. (2017). (Hrsg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Probst, T., Stippel, P., & Pieh, C. (2020). Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11).
siehe dazu: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312759/> (abgerufen am 25.11.2020)
- Simpson, S.G., & Reid, C.C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.

*5. Angaben zu den Autor*innen*

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: martin.poltrum@sfu.ac.at

Martin Poltrum Professor für Psychotherapiewissenschaft an der SFU sowie Philosoph, Psychotherapeut und Lehrtherapeut (siehe: https://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Poltrum)
Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: alfred.uhl@sfu.ac.at

Alfred Uhl Privatdozent für Psychotherapiewissenschaft an der SFU und Wissenschaftler im Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich (GÖG)

Hannah Poltrum, B.Sc.
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: hannah-poltrum@gmx.at

Hannah Poltrum Masterstudentin der Psychologie an der SFU