

**Psychotherapie mit Videotelefon -  
Telemental Health by using Videoconferencing**

Andrea REISINGER

Masterlehrgang „Psychotherapie“

ARGE Bildungsmanagement Wien

2011

Betreuerin:

Dr. Barbara PREITLER

Wissenschaftliche Leitung

Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard BENETKA

Lerchengasse 13

A-7033 Pötsching

## **Zusammenfassung**

Die technologische Entwicklung, der Einsatz von Computern und die Nutzung des Internets erfassen alle Bereiche des Lebens. Diese mediale Welt macht auch nicht halt vor den sorgsam geschützten, therapeutischen Räumen. Es erscheint notwendig, sich mit der Faszination und den Grenzen der Möglichkeiten von Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung mit Videotelefon auseinanderzusetzen. In dieser qualitativen Forschungsarbeit werden die Aspekte der Psychotherapeuten dargestellt, sich auf eine Psychotherapie mit Videotelefon einzulassen, die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung, die Grenzen einer Screen-to-Screen Therapie und die Erwartungen der Psychotherapeuten an die Zukunft aufgezeigt. Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die Fachleute mit sehr viel Verantwortungsbewusstsein die Auswahl der Patienten treffen, und selbst auferlegte Grenzen einhalten. In diesem Rahmen gelingen der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und eine erfolgreiche Therapie. Für die Zukunft erwarten sich die Fachleute rechtliche Rahmenbedingungen und eine Qualitätssicherung. Psychotherapie mit Videotelefon soll ein zusätzliches Angebot in der psychosozialen Versorgung werden, die Präsenztherapie soll nicht ersetzt werden.

Schlüsselwörter: Telemental Health, Videotelefon, Out-of-box-thinking

## **Abstract**

All areas of life are covered by the technological development, the use of computer and Internet. This media world does not stop in front of the carefully protected, therapeutic areas. It seems to be necessary to examine the possibilities of psychotherapy or psychotherapeutic counseling with videophone. In this qualitative research, different kind of aspects by psychotherapists will be presented of how to engage in psychotherapy by using videophone. Furthermore are shown the specifics of the therapeutic relationship, the limits shown in a screen-to-screen treatment and the expectations of the psychotherapists for the future. Examining this subject it became clear that the experts act very carefully when selecting the patients and keep staying within their self-imposed limits. In this area the development of a sound relationship and a successful therapy is possible. For the future, experts hope that the question of the legal general regulations and the protection of quality will be solved. Psychotherapy with videophone shall be offered in addition to mental health care but the presence-therapy should not be replaced.

Keywords: Telemental health, videophone, Out-of-box-thinking.

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich meine MasterThesis mit dem Titel „Psychotherapie mit Videotelefon – Telemental Health by using Videoconferencing“ eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die MasterThesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

# **Inhaltsverzeichnis**

## **I. Einleitung**

<b>1. Motivation, Fragestellung und Zielsetzung</b> .....	8
---	---

## **II. Theorieteil**

### **2. Psychotherapie**

2.1 Geschichte.....	10
2.2 Therapieschulen.....	13
2.2.1 Verhaltenstherapie.....	15
2.3 Definition.....	16
2.4 Wirkfaktoren.....	17
2.4.1 Psychotherapeutische Beziehung.....	18
2.5 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	19
2.6 Beratung.....	22
2.6.1 Verhaltenstherapeutische Beratung.....	23

### **3. Psychotherapie im Internet**

3.1 Hintergrund.....	24
3.2 Sicherheit im Internet.....	26
3.3 E-Health.....	28
3.4 Telemental Health.....	28

3.5 Internetbasierte Therapie.....	29
3.5.1 Unterscheidungskriterien.....	30
3.5.2 Arten der internetbasierten Therapie.....	31
3.5.3 Wirksamkeit.....	34
3.5.4 Therapeutische Beziehung.....	36
3.5.5 Vor- und Nachteile.....	37
3.6 Psychotherapie mit Videotelefon	
3.6.1 Entwicklung.....	38
3.6.2 Therapeutische Beziehung.....	42

### **III. Empirischer Teil**

#### **4. Die Untersuchung**

4.1 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage.....	44
4.2 Interviewpartner.....	46
4.3 Durchführung der Interviews.....	50
4.4 Erhebungsverfahren: Leitfadeninterview mit Experten.....	50
4.5 Auswertungsverfahren: Qualitative Inhaltsanalyse.....	51

#### **5. Kategorienbildung**

5.1 Überblick.....	51
5.2 Rückblick - Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon (A).....	53
5.3 Rahmenbedingungen (B).....	59
5.4 Therapeutischer Prozess (C).....	66
5.5 Zukunftsperspektiven (D).....	73

<b>6. Schlussfolgerungen</b> .....	79
<b>7. Literaturverzeichnis</b> .....	88
<b>8. Anhang</b> .....	95
Interviewleitfaden	

# **I. Einleitung**

## **1. Motivation, Fragestellung und Zielsetzung**

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien sind aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken. Sie verbinden Menschen. Das Internet ist ein wichtiges Informationsmedium geworden – für alle Nutzergruppen zugänglich.

Gesundheitsinformationen üben dabei einen besonderen Reiz aus. In den USA informieren sich 80 % der Nutzer bei Gesundheitsproblemen im Internet, das sind 52 % der Erwachsenen. Ähnliche Zahlen gelten auch für Deutschland. Hier recherchieren 86 % der Nutzer über Gesundheit im Netz (Stetina & Kryspin-Exner 2009). Diese intensive Nutzung der Neuen Medien macht auch vor der Psychotherapie nicht halt. Patienten kommen gut informiert in die Therapiestunde. Aussagen wie „dieses Erklärungsmodell der Depression kenne ich bereits aus dem Internet“, „das Meeresrauschen für eine Entspannungsübung tut mir sehr gut – ich habe es vom Internet heruntergeladen“, „im Internet habe ich bei Panikattacken über Depersonalisation gelesen – genau dieses Entfremdungsgefühl nehme auch ich wahr“ gehört zum Bild des heutigen Patienten. Dass Informationen über Gesundheit und vieles mehr im Internet eingeholt werden, dass soziale Netzwerke (z. B. Facebook) eine immer größere Rolle spielen, dass Partner über Internetplattformen kennen gelernt werden, dass mit Videotelefon (z. B. Skype) Screen to Screen Kontakt aufgenommen wird, dass Mails und SMS ein wesentlicher Bestandteil in unserer Kommunikation geworden sind, dass ge- und verkauft wird, dass Geldbeträge überwiesen werden, dass Verträge rechtsgültig unterschrieben werden können, versetzt uns heute nicht mehr in Erstaunen. Mehr verwundert, dass die Nutzung des Internets in der Psychotherapie noch sehr in den Kinderschuhen steckt.

Erst in den letzten Jahren haben die Entwicklung und der Einsatz internetbasierter psychotherapeutischer Interventionen zugenommen. Der Begriff E-Mental-Health und Telemental Health etablierte sich. Für die sehr zögerliche Akzeptanz gibt es verschiedene Gründe. Die Entwicklung und Evaluation professioneller Angebote ist anspruchsvoll. Ein weiterer Grund ist die kritische Haltung gegen Neuerungen. Die Skepsis richtet sich vor allem auf die therapeutische Beziehung. Kann eine Internettherapie ohne leibliche Anwesenheit eines Therapeuten wirklich funktionieren?



Man vergisst dabei leicht, dass gerade Probleme in der therapeutischen Beziehung auch für Therapieabbrüche verantwortlich sind. Manche Therapien kommen gar nicht zustande, da im Erstgespräch keine tragfähige Beziehung in Aussicht gestellt werden konnte. (Stetina & Kryspin-Exner, 2009)

Neben der therapeutischen Beziehung ist der rechtliche Aspekt in Österreich nicht eindeutig geklärt. In den Internetrichtlinien für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom Bundesministerium für Gesundheit wird psychotherapeutische Behandlung via Internet ausgeschlossen. Psychotherapeutische Beratung ist erlaubt. Da es sich bei den Richtlinien um keinen verbindlichen Gesetzestext handelt, und die Grenzen zwischen Therapie und Beratung verschwimmen, wäre mehr Klarheit für die Nutzung des Internets in der Psychotherapie wünschenswert.

Zweifel erheben sich auch im Bereich der Datenschutzproblematik. Wie sicher ist die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient im Internet? Bei näherer Betrachtung stellt sich allerdings auch die Frage: „Wie sicher sind eine Ordination und der Aufbewahrungsort der Dokumentationen von Patienten?“

All diese Fragen wurden für mich plötzlich sehr interessant, als mich eine ehemalige Patientin fragte, ob es nicht die Möglichkeit einer Therapie per Skype mit mir gäbe. Sie war Alleinerzieherin von einem einjährigen Kind, die Anfahrtszeit in die Ordination betrug eine Stunde. Die Kosten für den Babysitter verteuerten die Therapiesitzung. Für mich stellte diese Anfrage eine reizvolle Herausforderung dar, mich näher mit Psychotherapie und Videotelefon zu beschäftigen. Im Mittelpunkt sollte allerdings der Mensch, der mit seinen Anliegen und Problemen in einen therapeutischen Kommunikationsprozess eingebunden wird, stehen. Die verwendete Technik sollte nicht dominieren. In der vorliegenden Arbeit möchte ich einen kleinen Beitrag leisten, eine Diskussion um die zukünftige Bedeutung einer Therapie mit Videotelefon anzufachen.

In einer qualitativen Studie mit Psychotherapeuten, die bereits Erfahrung auf dem Gebiet psychotherapeutischer Beratung bzw. Psychotherapie mit Videotelefon haben, möchte ich Erkenntnisse in folgenden Bereichen sammeln:

- Welche Aspekte veranlassen Therapeuten und Patienten, eine Therapie mit Videotelefon zu nutzen?
- Welche Unterschiede werden in der Beziehungsgestaltung von Präsenztherapie und Screen-to-Screen-Therapie wahrgenommen, und haben diese Auswirkungen auf den Therapieverlauf?
- Welche Besonderheiten im Umgang mit Krisen im therapeutischen Prozess in der Therapie mit Videotelefon werden festgestellt.
- Welche Grenzen gibt es bei der Anwendung von Screen-to-Screen-Therapie?
- Welche Vorstellungen werden mit der Zukunft von Psychotherapie mit Videotelefon assoziiert?

Zusätzlich war für mich von Interesse, welchen Schulen die Psychotherapeuten angehörten, und welche gesetzlichen Regelungen im jeweiligen Land, in der sich die Praxis befand, gelten.

Durch meine Arbeit möchte ich die Aufgeschlossenheit gegenüber Neuen Medien bei der Einbindung in die Psychotherapie anregen.

Um der besseren Lesbarkeit willen wird durchgängig das generische Maskulinum verwendet, das männliche und weibliche Personen einschließt.

## **II. Theorieteil**

### **2. Psychotherapie**

#### **2.1 Geschichte der Psychotherapie**

Vorformen der Psychotherapie sind vermutlich so alt wie die Menschheit. In den meisten Kulturkreisen der Welt glaubte man nicht an die Existenz von psychischen Erkrankungen. Man erklärte psychische Auffälligkeiten mit der Strafe Gottes oder als Folge von Flüchen. Heilungsversuche wurden so hauptsächlich von Schamanen oder Priestern durchgeführt.

Die von ihnen verwendeten Verfahren der primitiven Heilkunst erinnern an die modernen Psychotherapieverfahren. Die Reproduktion des Traumas im Rahmen zeremonieller Prozeduren mobilisiert emotionale Ansprechbarkeit, aber auch Bewältigungsreserven. Techniken der Reizüberflutung kennt man heute in der Verhaltenstherapie. Die lange Vorbereitung des Heilers kann mit der intensiven Ausbildung der Psychotherapeuten verglichen werden. Auch der Äskulap kult in den Tempeln des alten Griechenland weist Ähnlichkeiten mit Psychotherapie auf. Die Behandlung bestand darin, dass man sich in den Tempel, noch früher in eine Höhle, zurückzog, um sich auszuruhen, aber sich auch dem Erleben der auftauchenden Empfindungen, Phantasien und Visionen auszusetzen. Wichtig dabei war sowohl die Vorbereitung, die in Reinigung und Gebet bestand, als auch die Existenz eines definierten Ortes, an dem Heilung stattfinden kann (Ellenberger 1985).

In der modernen Psychotherapie wird die psychotherapeutische Praxis zum Rückzugstempel, in der Zukunft vielleicht das eigene Wohnzimmer vor dem Laptop mit Videotelefon.

Mit dem österreichischen Arzt Franz Anton Mesmer (1734-1815) begann sich die Hypnose von ihrem mystisch-magischen Kontext zu lösen. Nach einem missglückten Behandlungsversuch in Wien, versuchte Mesmer in Paris seiner Therapie des Animalischen Magnetismus zum wissenschaftlichen Durchbruch zu verhelfen. Dieser Versuch scheiterte, und Mesmer wurde die wissenschaftliche Seriosität abgesprochen.

Im späten 18. Jahrhundert begründete der französische Arzt Philippe Pinel mit neuen Methoden die Tradition der modernen Psychiatrie. Es fand eine Humanisierung der Behandlung statt. Geisteskranke Patienten wurden zum ersten Mal mit Würde angesehen. Es fanden erste Versuche statt, mit Gesprächen und Vorschlägen zu sinnvoller Tätigkeit auf die Patienten einzuwirken.

Österreich, insbesondere Wien, kommt in der Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte moderner Psychotherapie eine besondere Bedeutung zu. Als Anfangspunkt der modernen wissenschaftlich fundierten Psychotherapie wird der von Joseph Breuer (1842-1925) und Sigmund Freud (1856-1939) gemeinsam publizierte Fall der Anna O.

in dem Aufsatz über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (1893)\_  
oder mit den gemeinsamen Studien über Hysterie (1895) angesehen (Kriz 1994)

„Zweimal in der Geschichte Österreichs hat es sich ereignet, dass dieses Land zum Zentrum eines weltumspannenden geistigen Prozesses wurde. Das eine Mal geschah dies in der Musik. Eine ununterbrochene Reihe großer Komponisten führte in einer zweihundertjährigen Entwicklung von Gluck, Haydn und Mozart über Beethoven und Schubert, Bruckner und Brahms, Hugo Wolf und Gustav Mahler bis hin zu Schönberg und Alban Berg. (...) Dieses Wunder hat sich ein zweites Mal in der österreichischen Geschichte ereignet. Vor unseren Augen, in unserer Zeit: in der Entwicklung der modernen Psychologie“ (Cohn & Farau 1987, S. 45)

Sigmund Freuds bahnbrechende Arbeiten auf dem Gebiet der Psychoanalyse waren Anstoß für die weitere Entwicklung und damit Ausgangspunkt für die weltweite Verbreitung der Psychotherapie. Bereits 1908 fand in Salzburg der 1. Kongress für Freudsche Psychologie mit internationaler Beteiligung statt. Nach dem ersten Weltkrieg entwickelten Alfred Adler die Individualpsychologie und der Schweizer Carl Gustav Jung die Analytische Psychologie – aufbauend auf den Ideen Sigmund Freuds. Die aufstrebende Psychotherapieentwicklung wurde gegen Ende der dreißiger Jahre durch Verfolgung und Vertreibung fast vollständig zerschlagen. Nach dem zweiten Weltkrieg begann ein langer Weg der Wiederbelebung und Regeneration der Psychotherapie. 1947 gründete Igor Caruso zunächst den Wiener Arbeitskreis für Tiefenpsychologie als zweite psychoanalytisch orientierte Vereinigung in Wien. Aus diesem Kreis kommend, entwickelte Raoul Schindler seine gruppentherapeutischen Konzepte. Viktor Frankls Logotherapie und Existenzanalyse fand in den Vereinigten Staaten von Amerika große Verbreitung. Gleichzeitig gewann das Autogene Training zunehmend an Bedeutung. Der weltweite Aufschwung neoanalytischer Ansätze hatte auch auf Österreich einen Einfluss. In den siebziger Jahren nahm das Interesse für Psychotherapie erheblich zu. Dies führte nicht nur zu vielen psychotherapeutischen Einrichtungen, sondern auch zu einer inhaltlichen Ausweitung der Methodenlehre. Es etablierten sich die Klientenzentrierte Psychotherapie, die Gestalttherapie, die Verhaltenstherapie, das Psychodrama. Mit Beginn der achtziger Jahre traten körperorientierte Ansätze in den Vordergrund. Die neunziger Jahre sind geprägt von der rechtlichen Institutionalisierung

der Psychotherapie. Es entstand das Psychotherapiegesetz, das eine Berufsumschreibung für Psychotherapie aufzeigt, die Berufspflichten und die Ausbildungskriterien festlegt, und unter anderem die gesetzlich anerkannten Psychotherapieschulen aufzählt (Psychotherapeutisches Propädeutikum, Graz, 15. August 2011 [www.propaedeutikum-graz.at/psy/geschichte/](http://www.propaedeutikum-graz.at/psy/geschichte/) ).

## 2.2 Therapieschulen

Die Vorläufer der Tiefenpsychologie ließen in ihren Auffassungen anklingen, dass es im Menschen auch irrationale, triebhafte und unbewusste Kräfte gibt. Hier wurzelt das tiefenpsychologische Paradigma. Sigmund Freud entwickelte auf Basis der Theorie des Unbewussten eine psychologisch fundierte Neurosenlehre. Aufgrund unterschiedlicher Paradigmen haben sich im 20. Jahrhundert im Widerspruch zur Psychoanalyse verschiedene andere Verfahrensweisen der Psychotherapie entwickelt. (Stumm 1999)

Verschiedene Paradigmen entstehen aufgrund unterschiedlicher Dimensionen, z. B.

- Aus den philosophischen Grundlagen, d. h. aus dem Menschen- und Weltbild (z. B. humanistisch, existenzphilosophisch) und der erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Position (z. B. Positivismus, kritischer Realismus)
- Aus dem Personverständnis. Die personale Ebene charakterisiert den autonomen und reflexiven Anteil, die intrapersonale Ebene kennzeichnet die Psychodynamik eines Menschen. Die interpersonale Betrachtung sieht das Individuum in seiner Verbundenheit mit den anderen.
- Aus den spezifischen theoretischen Grundannahmen (z. B. Unbewusstes, systemtheoretische Vorstellungen).
- Aus den grundlegend erachteten Wirkweisen und Zielsetzungen (z. B. ziel- und lösungsorientiert, stützend-adaptiv, nicht direktiv).
- Aus der Arbeitsweise in der Praxis, d h. mit welchen Settings, mithilfe welcher Techniken und Medien, mit welchen Zielgruppen gearbeitet wird.

Aus diesen verschiedenen Betrachtungsweisen lassen sich viele Kategorisierungen in der psychotherapeutischen Grundausrichtung bilden. Die gängigste Unterscheidung ist in vier Bereiche eingeteilt: die tiefenpsychologischen und die humanistisch-erlebnisorientierten Ansätze, sowie die problem- und verhaltensorientierten und systemisch-lösungsorientierten Ansätze. Während die tiefenpsychologisch ausgerichteten Therapieformen mit ihrem Schwerpunkt konfliktorientiert-aufdeckend bzw. einsichtsorientiert sind, betonen die erlebnisorientierten Ansätze der humanistischen Bewegung die unmittelbare Erfahrung im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung. Beide Strömungen schenken der umfassenden Arbeit an der Persönlichkeitsentwicklung Beachtung und nicht nur einer Symptom- Problem- und Verhaltensorientierung. Demgegenüber legen verhaltensorientierte Richtungen eher Wert auf konkrete, aus einer Problemanalyse abgeleitete Zielsetzungen. Systemische Vorgangsweisen wiederum haben ihren Akzent auf den Ressourcen und Anregungen zu neuen kreativen Lösungsmöglichkeiten (Stumm 1999).

Das österreichische Psychotherapiegesetz nennt alle in Österreich anerkannten Methoden. Der aktuelle Stand im März 2011 sind 21 Schulen. Ein Argument, das sich zur Erklärung der Schulenvielfalt anbietet, stützt sich auf die Arbeiten des Wissenschaftshistorikers Kuhn (1962), der gemeint hat, dass jede Disziplin auf ihrem Weg zur Reife eine charakteristische Abfolge bestimmter Phasen durchlaufen würde. Mit dem Begriff präparadigmatisch wird in diesem Zusammenhang jene frühe, aber unüberspringbare Phase in der Entwicklung einer Disziplin bezeichnet, in der noch keine Einigung über die Natur des Forschungsgegenstandes, eben keine Einigung über das Paradigma, besteht. Folgt man dieser Sichtweise, so lässt sich die Schulenvielfalt als Übergangsphase akzeptieren, mit der Hoffnung, dass die Psychotherapie zu einer einheitlichen Disziplin reifen wird.

„Neuere wissenschaftstheoretische Vorstellungen verstehen die vorliegende Vielfalt psychotherapeutischer Modellvorstellungen nicht notwendigerweise als etwas zu Überwindendes und damit auch nicht als Schwäche oder Unreifezeichen. Vielfalt erscheint vielmehr als geradezu unvermeidliche Bedingung der theoretischen Bearbeitung eines Bereichs, wie ihn die Psychotherapie darstellt – und bei geeigneter Perspektive durchaus als etwas Produktives.“ (Slunecko 1999, S. 12)

Ob es sich bei den in den letzten 100 Jahren erworbenen verschiedenen Zugängen und Ansätzen um das Ausholen zu einem umfassenden Gemeinschaftswerk handelt, oder ob die Vielfalt an Modellen als unvermeidbar angesehen wird, ist noch nicht abzuschätzen.

### **2.2.1 Verhaltenstherapie**

Eine der Schulen in der die Forschungsarbeit eine wichtige Rolle spielt, ist die Verhaltenstherapie. Sie entstand aus der Anwendung experimentalpsychologischer Prinzipien auf klinische Probleme. Ihr Wachstum war eng verbunden mit der Entwicklung der klinischen Psychologie als einer angewandten Wissenschaft. Unabhängig voneinander berichteten Arbeitsgruppen in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in Südafrika, England und den USA von bemerkenswerten Erfolgen mit lernpsychologisch fundierten Maßnahmen bei der Bewältigung von Ängsten und anderen Problemen. Damals tauchte das erste Mal der Begriff der Verhaltenstherapie (behaviour therapy) in wissenschaftlichen Publikationen auf.

Die Grundprinzipien der Verhaltenstherapie sind folgende. Sie

- orientiert sich an der empirischen Psychologie
- ist problemorientiert
- setzt an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an
- ist zielorientiert und handlungsorientiert
- ist nicht auf das therapeutische Setting begrenzt, sondern strebt eine Generalisierung der erzielten Änderungen auf den Alltag des Patienten an.
- ist transparent
- soll Hilfe zur Selbsthilfe sein
- bemüht sich um ständige Weiterentwicklung

„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und –unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.“ (Margraf 2009, S. 6)

Da in der Verhaltenstherapie die Forschung einen höheren Stellenwert einzunehmen scheint wie bei anderen Therapieschulen, ist es nicht verwunderlich, dass zum Thema Psychotherapie im Internet, fast ausschließlich verhaltenstherapeutische Studien vorliegen. Diese Voraussetzung und die Tatsache, dass meine Wurzeln in der Verhaltenstherapie liegen, sind der Grund, warum diese Therapierichtung in der vorliegenden Arbeit etwas genauer vorgestellt wird.

### **2.3 Definition von Psychotherapie**

Es ist keine Überraschung, dass im Hinblick auf die abwechslungsreiche Geschichte und der Schulenvielfalt in der Psychotherapie auch an Definitionen kein Mangel herrscht. Abhängig vom jeweiligen schulenspezifischen und berufspolitischen Blickwinkel gibt es unterschiedliche Arten, wie Psychotherapie zu verstehen ist. Viel zitiert wurde die Definition von Strotzka (1982, S. 1) in der es heißt:

„Psychotherapie ist eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (aufgrund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch averbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.“



Auf Basis dieser Definition fand nach einem längeren Diskussionsprozess folgende Erklärung der Psychotherapie Eingang in das österreichische Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (1990, S. 2737): „Die Ausübung der Psychotherapie (...) ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“

## **2.4 Wirkfaktoren in der Psychotherapie**

Mit dieser Definition wird die Bedeutung der Interaktion zwischen Behandelten und Psychotherapeuten hervorgehoben. Einer der wichtigsten Wirkfaktoren besteht in der Qualität der therapeutischen Beziehung, wie Forschungsergebnisse (Grawe, Donati & Bernauer 1994) bestätigen. Die Güte der Therapeut-Patient-Beziehung und die Glaubwürdigkeit des Angebotes einer helfenden Beziehung bestimmen unabhängig von der Psychotherapiemethode ganz wesentlich die Wirksamkeit aller Psychotherapieformen.

Allgemeine Faktoren wie Unterstützung, Bestätigung, Ratschläge, Aufmerksamkeit, Respekt, Empathie, Wärme, positive Beachtung des Patienten, Interesse und das Engagement des Therapeuten zur therapeutischen Arbeit aber auch die Kenntnis der eignen Persönlichkeit sind von unschätzbarem Wert für eine erfolgreiche Therapie. Umgekehrt sind Variablen wie Nichtmögen, geringe Empathie, kein Respekt und vielleicht herabsetzende Mitteilungen für Verschlimmerungen im Behandlungsprozess verantwortlich. (Strupp 1993)

Die Perspektiven der Problembewältigung (aktive Hilfe zur Bewältigung konkreter Probleme), die Klärung (Einsicht in die Natur des Problems, Analyse von Motiven und Handlungszielen), die Ressourcenaktivierung (d. h. an die positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten des Klienten anzuknüpfen, bereits vorhandene Ressourcen auszubauen) und

die Problemaktualisierung (d. h. das Problem in der Therapie real erfahrbar zu machen) sind ebenfalls allgemeine therapeutische Wirkfaktoren (Grawe, Donati & Bernauer 1994).

#### **2.4.1 Psychotherapeutische Beziehung**

Die Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung für alle Therapierichtungen stützt sich auf folgende Begründungen (Orlinsky 1994):

- Psychische Störungen können zu einem wesentlichen Teil als Beziehungsstörungen aufgefasst werden bzw. aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen, und Psychotherapie sollte daher ebenfalls zu einem wesentlichen Teil als Behandlung von Beziehungsstörungen aufgefasst werden.
- Das zwischenmenschliche Geschehen in der Therapie ist eines der wichtigsten Mittel, um therapeutische Veränderungen herbeizuführen.
- Psychotherapie spielt sich immer in zwischenmenschlichen Beziehungen ab, und die Qualität dieser Beziehungen hat nachweislich einen sehr großen Einfluss auf das Therapieergebnis.

In der Verhaltenstherapie hatte der Nachweis der Wirksamkeit der Verfahren eine vorrangige Bedeutung. So kam es, dass die Methoden gut abgesichert waren, der Beitrag der therapeutischen Beziehung zum Therapieerfolg, war weniger gut belegt. Durch die Erkenntnis, dass Therapieerfolge nicht ausschließlich durch Technik- und Störungsvariable erklärbar waren, kam es zur Verlagerung des Forschungsschwerpunktes auf die Beziehungsvariablen im Therapieprozess. Dass die Qualität der therapeutischen Beziehung ein Prädiktor für den Behandlungserfolg ist, zeigen zahlreiche Studien (Orlinsky 1994).

Verschiedene Dimensionen des Therapeutenverhaltens haben sich als bedeutsam erwiesen, so z. B. verstehend und bestätigend, anleitend und unterstützend, führend und kontrollierend. Erfolgreiche Therapeuten zeichnen sich dadurch aus, dass sie flexibel auf die jeweilige Therapiesituation reagieren und diese entsprechend den Bedürfnissen

der Patienten modifizieren können. Dabei können verschiedene Dimensionen des Therapeutenverhaltens in unterschiedlichen Anteilen zum Tragen kommen.

(Grawe 1992)

Unterschiedliche Vorgangsweisen fordern ein flexibles Rollenverhalten des Therapeuten, das auf die Beziehungsmöglichkeiten und -erwartungen des Patienten zugeschnitten ist. Die Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie versucht den unterschiedlichen Grundbedingungen Rechnung zu tragen. Ein Verhaltenstherapeut reflektiert daher zu Beginn, während und bei der Ablösung des Behandlungsverlaufes, welche Formen der Beziehungsgestaltung einem bestimmten Patienten, zu einem bestimmten Zeitpunkt der Behandlung, innerhalb eines bestimmten Settings und unter Einsatz einer bestimmten Methode eine Veränderung ermöglichen. In der Verhaltenstherapie bedeutet somit eine „gute“ Patient-Therapeut-Beziehung eine vertrauensvolle Grundhaltung des Patienten gegenüber seinem Therapeuten, der flexibel sein Beziehungsverhalten den jeweiligen Notwendigkeiten im Therapieverlauf anpasst.

## **2.5 Rechtliche Rahmenbedingungen**

In Österreich regelt das Psychotherapiegesetz vom 7. Juni 1990 die Ausübung der Psychotherapie. Das Gesetz gibt nicht nur Auskunft über die Ausbildung und die Berufspflichten von Psychotherapeuten, sondern es gibt eine genaue Berufsumschreibung. So wurde im österreichischen Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie, BGBl. Nr. 361/1990 folgende Berufsumschreibung festgehalten:

„§1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

(2) Die selbstständige Ausübung der Psychotherapie besteht in der eigenverantwortlichen Ausführung der im Abs. 1 umschriebenen Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden.“

Die schnelle Entwicklung des Internets schuf neue Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Kommunikation – und zwar schriftlich – durch Mails, und auch durch die kostenlose Videotelefonie mit Skype. Die Bedeutung stieg rasant in den letzten Jahren. Die Nutzung des Internets, nicht nur zur Informationsbeschaffung, sondern auch als Kommunikationsmedium, ist aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Der Psychotherapiebeirat beschäftigte sich mit der Nutzung des Internets in der Psychotherapie. So wurde eine Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet vom Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates im Psychotherapie Forum (2005) veröffentlicht. In der Psychotherapie gibt es einen ständigen Austausch mit der empirischen Forschung in Sozial- und Entwicklungspsychologie, Allgemeiner und Klinischer Psychologie, Medizinischer Psychologie sowie Biologie und Medizin. So unterliegen die theoretischen Konzepte und auch die praktischen Behandlungsmethoden einer permanenten Weiterentwicklung. Das Bundesministerium für Gesundheit behält sich deshalb ausdrücklich vor, als Reaktion auf neueste Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis, die Therapierichtlinie in jeder Hinsicht abzuändern. Bei den Internetrichtlinien handelt es sich nicht um ein Gesetz, sondern um eine reine Empfehlung. Diese können allenfalls herangezogen werden, wenn sich z. B. in einem Schadenersatzprozess wegen Schlechtbehandlung die Frage stellt, ob die Art der Behandlung lege artis durchgeführt wurde. So heißt es in den Internetrichtlinien für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (2005, S. 6 u. 7):

„Ausschluss der psychotherapeutischen Behandlung via Internet

Bei der Beschreibung des Phänomens „Psychotherapie und Internet“ ist zu berücksichtigen, dass derzeit keine Psychotherapie via Internet im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens existiert und in der Folge die Verwendung von Begriffen, wie etwa „Cyber-Therapie“, „Online-Therapie“ oder

„virtuelle Couch“ durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Zwecke der Beschreibung von Leistungsangeboten im Internet sowohl aus fachlicher, berufsethischer und berufsrechtlicher Sicht abzulehnen sind. Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdruckes. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt – wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht – erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind.“

Die geäußerte Sorge des österreichischen Gesetzgebers vom Jahre 2005, dass der Aufbau einer guten psychotherapeutischen Beziehung bei Psychotherapien im Internet nicht möglich ist, gilt heute als unberechtigt, wie zahlreiche Studien (Klein & Austin 2006, Cook & Doyle 2002, Knaevelsrud & Maerker 2006) belegen.

Überraschenderweise wurde die therapeutische Allianz bei Onlinetherapien insgesamt als signifikant besser bewertet, bei Therapie mit Videotelefon (Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin 2010) gab es keinen signifikanten Unterschied.

Festzuhalten ist, dass psychotherapeutische Beratung und die Vermittlung von Selbsterfahrung, Coaching oder Supervision in Österreich von Psychotherapeuten via Internet durchgeführt werden dürfen.

### **Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland**

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten unterliegen in Deutschland standesrechtlichen Berufsordnungen. In beiden Fällen ist die ausschließliche Fernbehandlung verboten bzw. beide Berufsordnungen unterstreichen die Pflicht zum persönlichen Kontakt. Vollständig via Internet durchgeführte Therapien sind in Deutschland also im Grundsatz verboten. Ausnahmen können Modell- bzw. Forschungsprojekte bilden. Von internetbasierten Behandlungs- bzw. Therapieangeboten abzugrenzen sind internetbasierte Beratungsangebote, die keinen spezialgesetzlichen Regelungen unterliegen. (Almer 2008)

## 2.6 Beratung

„Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraumes versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.“  
(Dietrich 1991, S. 46)

Dietrich (1991) beschäftigt sich auch mit den Unterscheidungsmöglichkeiten von Beratung und Therapie. Er sieht die Art des Problems, die Technik des Gesprächs und die Ziele der Kommunikation als Abgrenzungskriterien. Bei der Beratung steht die Prävention möglicher Störungen und Probleme im Mittelpunkt, bei der Psychotherapie handelt es sich um Persönlichkeitsschwierigkeiten gravierender Art. Diese werden in der Psychotherapie mit deutenden und aufdeckenden Verfahren bearbeitet. Die Beratung verwendet hingegen eher unterstützende Methoden. Die Ziele in der Psychotherapie sind Heilung, tief gehende Persönlichkeitsumgestaltung und völlige Neueinstellung. Bei der Beratung stehen die Persönlichkeitsentwicklung, Erziehung, Prävention und die seelische Gesundheit im Vordergrund.

Wenn man diesen Abgrenzungsversuch näher betrachtet, wird man feststellen, dass keine exakte Trennung möglich ist, sondern eine Überlappung festzustellen ist. Es wäre schön, auf Abgrenzungsversuche von Beratung und Therapie verzichten zu können, und beides als Kontinuum betrachten zu können. Aufgrund der rechtlichen Situation in Österreich ist die Unterscheidung allerdings von Bedeutung.

Ein wichtiger Aspekt aufgrund der Definition von Psychotherapie im Psychotherapiegesetz ist der Begriff der „Heilbehandlung“. Die Grenze zwischen Beratung und Psychotherapie ist auch an die Grenze zwischen gesund und krank gekoppelt. Berater dürfen keine Krankenbehandlungen durchführen, da sie dazu nicht ausgebildet sind. Allerdings ist auch hier die Abgrenzung zwischen krank laut Diagnoserichtlinien und gesund einerseits fließend und andererseits

interpretationsabhängig. Bei der Diagnose brauchen gute Berater ein sehr fundiertes Wissen, dass sie in einer Anamnese abschätzen können, ob eine krankheitswertige Störung vorliegt, damit sie eine Weitervermittlung empfehlen können. (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, BDP 16. August 2011, <http://www.bdp-verband.org>)

Da die Übergänge von Beratung, psychotherapeutischer Beratung und Psychotherapie verschwommen sind, heißt es in den Internetrichtlinien (2005, S. 12, 13) dazu „Basierend auf der im Vorfeld der psychotherapeutischen Beratung via Internet vorzunehmenden Auseinandersetzung mit den spezifischen internetbedingten Rahmenbedingungen und der reflektierenden Einschätzung der Auswirkungen der Distanz zwischen Psychotherapeut und Patient, liegt es in der Verantwortung des Psychotherapeuten zu entscheiden, ob die psychotherapeutische Beratung via Internet für den Betroffenen ein adäquates Hilfsangebot darstellt, bzw. in welchen Situationen das anfangs adäquate Hilfsangebot nicht mehr adäquat ist. Diese Geeignetheit ist fortwährend zu prüfen.“

### **2.6.1 Verhaltenstherapeutische Beratung**

Eine der wichtigsten Interventionsformen in der psychosozialen Versorgung ist die Beratung. Die Verhaltenstherapie ist ständig bemüht, ihr Konzept der verhaltenstherapeutischen Beratung zu überdenken und weiter zu entwickeln. So gilt es in der Beratung in der Verhaltenstherapie Wege zu finden, in einem kürzeren Zeitraum bei unangemessen belasteten Personen einen Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf die Selbststeuerungsfähigkeit verbessert werden kann. Die Nutzung spezifischer Kenntnisse des Beraters um die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ist ein wichtiger Bestandteil, das Ziel des Hilfesuchenden, nämlich die Stärkung gesundheitsförderlicher Eigeninitiative und Selbsthilfe, zu erreichen. Die Beratungsperspektive in der Verhaltenstherapie bedeutet kein eklektisches Handeln, sondern sie erfordert ein gut begründetes therapeutisches Vorgehen. Es ergibt sich allerdings eine bedeutsame Akzentverschiebung. Sie erfordert und ermöglicht zugleich

die aktive Teilnahme des Therapeuten an der Neugestaltung von Lebenslagen, es beginnt ein gemeinsamer Kampf gegen widrige Lebensumstände. (Fiedler 2009)

Die Beratung ist eine von vielen Angeboten in der psychosozialen Versorgung. Eine Reihe von Problemen erfordert manchmal zwingend die Hinzuziehung weiterer Spezialisten oder Fachleute. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen sollte zur Selbstverständlichkeit werden, zum Wohle des Hilfesuchenden. Seine Probleme sollten nicht aufgrund unangemessenen Konkurrenzdenkens in den Hintergrund gedrängt werden.

Wenn man die Chancen und Möglichkeiten der verhaltenstherapeutischen Beratung erkennt, sollte man nicht zögern, diese im Internet, mit Mail oder Videotelefon anzubieten, um das Hilfsangebot für Menschen in Notlagen zu erweitern.

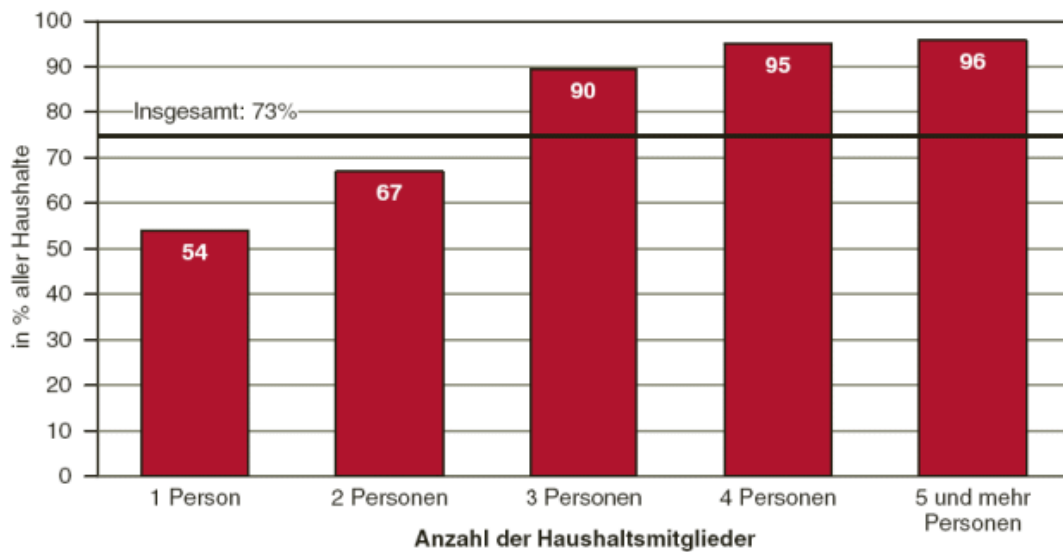
### **3. Psychotherapie im Internet**

#### **3.1 Hintergrund**

Weder im Privat- noch im Berufsleben sind Pc, Internet, E-Mails wegzudenken. Die Nutzung des Internets hat in den vergangenen Jahren rapide zugenommen. Die Internetnutzer haben sich in Österreich von 2002 bis 2010 verdoppelt (Statistik Austria, 15. August 2011, <http://www.statistik.at>). Noch beeindruckender ist die Statistik der Haushalte mit Internetzugang nach Anzahl der Haushaltsmitglieder. 95 % der Haushalte mit 4 Personen nutzen diese Informations- und Kommunikationstechnik (IKT).



### Haushalte mit Internetzugang 2010 nach der Anzahl der Haushaltsmitglieder



Q: STATISTIK AUSTRIA, Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2010. - Befragungszeitpunkt: Mai und Juni 2010. - Haushalte mit mindestens einem Haushaltsmitglied im Alter von 16 bis 74 Jahren.  
Erstellt am: 17.11.2010.

Mit der vermehrten Nutzung des Internets stiegen in den vergangenen Jahren die Vorschläge zur Nutzung neuer Technologien im Bereich der psychosozialen Versorgung. Diese Entwicklung wurde zunächst mit großer Skepsis betrachtet. Nur langsam kam man zur Überzeugung, dass der Einsatz neuer Techniken die Erreichbarkeit von psychosozialen Versorgungsangeboten verbessern, ihre Nachhaltigkeit steigern und so ihren Gesamtnutzen erhöhen kann. Im Bereich der internetbasierten Angebote unterscheidet man zwischen reinen Informationsseiten und Interventionen, die das Internet für die unmittelbare Durchführung von Präventions-, Selbsthilfe-, Beratungs- Behandlungs- oder Nachsorgeangeboten einsetzt. Häufig ist der Übergang fließend. Informationsseiten bieten E-Mail-Kontakt, Diskussionsforen und Online-Beratung, Anbieter von Online-Programmen informieren über Krankheitsbild und Möglichkeiten der Behandlung. Computerbasierte Angebote treffen auf eine immer größer werdende Nachfrage. Die Richtigkeit der dargestellten Informationen und die Qualität der Online-Angebote sind sehr schwer zu beurteilen. Nicht alles, was professionell aussieht, beruht auf fundiertem Wissen. Bisher fehlen Möglichkeiten der Qualitätssicherung, die dem Nutzer die Orientierung erleichtern würden. Eine

Ausnahme in Deutschland stellt die Vergabe eines Online-Qualitätszeichens durch den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BPD) dar. Wenngleich diese Möglichkeit bereits seit einigen Jahren besteht, haben bislang nur 19 Therapeuten davon Gebrauch gemacht (BDP, 15. August 2011, <http://www.bdp-verband.org/service/onlineberater.html> ). In der noch kurzen Geschichte von E-Health gilt es Chancen und Vorteile internetbasierter Interventionen zu nutzen und sich mit Risiken und Gefahren auseinanderzusetzen. (Bauer & Kordy, 2008)

### **3.2 Sicherheit im Internet**

Gesetzliche Vorschriften (z. B. § 14 Datenschutzgesetz) verpflichten jedes Unternehmen, das Computer einsetzt, angemessene Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit und den Schutz der Daten zu treffen. Unzulänglich konzipierte Computernetzwerke sind Schwachstellen und bieten Angriffsflächen für unbefugten Zugriff auf Daten, weist die Wirtschaftskammer Österreich (15. August 2011, [www.itsecurityexperts.at](http://www.itsecurityexperts.at)) hin.

Die Sicherheit bei der Nutzung des Internets im Bereich der Psychotherapie wird mit sehr viel Skepsis betrachtet. Viele kritische Reaktionen beruhen oft auf unvollständigem Wissen im Bereich der IT. Der Begriff „IT“ steht für Informationstechnologie und fasst sämtliche Branchen zusammen, die sich mit Internet, Computern und Software befassen (Trafo2 GesmbH, 15. August 2011, [www.trafo2.de](http://www.trafo2.de)). Für die Überprüfung der Sicherheit ist es entscheidend zu überdenken, welches Risiko zu minimieren ist. Folgende Punkte sind zu unterscheiden, erklärt Kortschak (2011) bei seinem Vortrag am e-Day der Wirtschaftskammer Österreich:

- Die Wahrscheinlichkeit der Bedrohung (Wie wahrscheinlich ist der Diebstahl meiner Daten durch einen Hacker?)
- Die Konsequenzen eines Angreifer – Erfolges (Welche rechtlichen oder finanziellen Konsequenzen ergeben sich, durch den Erfolg eines Angreifers?)
- Wahrscheinlichkeit eines Angreifer – Erfolges (Wie ist der Computer geschützt, um Angriffe von außen abzuwehren?)

Risikoquellen in der IT sind einerseits Entwicklungs-, Bedienungs- und Einbaufehler durch den Programmierer oder Installationsfehler und andererseits Angriffe durch nicht ethische Hacker durch Schadprogramme oder durch Diebstahl von Kennwörtern. Um geeignete Lösungen finden zu können, ist zu überdenken, welches Risiko man minimieren möchte. Folgende Punkte sollten aus der Perspektive des Angreifers und des Bedrohten durchleuchtet werden. Welche Strategien verfolgt der Angreifer, welche Strategien kann man diesem entgegensetzen? Wie hoch ist der Angreifer motiviert, in das System einzudringen? Mit welchen Motivationen schütze ich meine Daten? Wie verlässlich ist das System? Ist der technische Mechanismus adäquat, um Angreifern standzuhalten?

Technisch gibt es Maßnahmen, wie Passwörter (mindestens 12 Zeichen, alle 3 Monate wechseln), Firewall, Virenschutz, Signaturen, Verschlüsseln von Emails, Schwachstellenanalyse – die Software wird durchleuchtet, Überwachen der Systeme, Web – Application – Firewall vor einer Website und Sicherung der Daten um Risiken zu minimieren. Die Wirtschaftskammer in Österreich und spezialisierte IT-Betriebe bieten an, die Sicherheit des Computers aus der Vogelperspektive zu begutachten um erforderliche Maßnahmen setzen können. Es gibt keinen 100-%-Schutz vor Missbrauch im Internet, doch mit einem planbaren Aufwand lässt sich das Risiko drastisch vermindern.

Bei all diesen Fragen über Datenschutz und Datensicherheit besteht leicht die Gefahr, die fachliche Perspektive des Anbieters aus dem Blick zu verlieren. Die Technik soll im Dienste der Menschen stehen und nicht umgekehrt. Bei der Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechniken ist zu überlegen, welchem Zweck diese neue Technik dient. Damit soll nicht das Neue verhindert werden, da sich Möglichkeiten und Grenzen häufig erst bei der konkreten Nutzung zeigen. Eine fachliche Begründung kann aber der Gefahr entgegenwirken, dass die Technik zum Selbstzweck wird. So können die Chancen der Neuen Medien genutzt, und es kann gleichzeitig auch möglichen Gefahren entgegenwirkt werden. (Wenzel 2008)

### **3.3 E-Health**

Der Begriff E-Health entstand durch das Aufeinandertreffen von Internet und dem Gesundheitssektor. Eysenbach (2001, [www.jmir.org/2001/2/320/m](http://www.jmir.org/2001/2/320/m), 16. August 2011) definiert E-Health als ein aufsteigendes Unternehmen, das ein Gesundheitsservice und Gesundheitsinformationen mithilfe des Internets anbietet. E-Health steht nicht nur allein für eine technische Weiterentwicklung, sondern auch für eine besondere Denkweise, Einstellung und Verpflichtung zu globalem Denken, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Eysenbach betont, das „E“ für E-Health sollte nicht nur für Electronic sondern auch noch für Efficiency, Enhancing quality, Evidence based, Empowerment, Encouragement, Education, Enabling, Extending, Ethics und Equity stehen.

Ahern, Kreslake & Phalen (2006, [www.jmir.org/2006/1/e4/](http://www.jmir.org/2006/1/e4/), 16. August 2011) definieren E-Health als neu entstehende interaktive Technologie, um Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Aufgrund der geringeren Kosten und der höheren Reichweite können auch Populationen erreicht werden, die weniger gut versorgt sind.

Maheu & Gordon (2000) beschreiben den Begriff E-Health als allgemeinen Begriff in Bezug auf das Internet und als Möglichkeit der Servicevermittlung im Bereich Gesundheitsvorsorge, womit auch Psychotherapie und Beratung inkludiert sind. Für psychologische Dienste, die online angeboten werden, kreieren die Autoren den Begriff „Behavioral eHealth“, der sämtliche psychologische Interventionen im und via Internet beinhaltet, von der Psychoedukation bis zur Psychotherapie.

### **3.4 Telemental Health**

Neben dem Begriff E-Health entwickelte sich der Bereich von Telemental Health. Dieser Begriff ist in den USA per Gesetz definiert Pursuant to 25 USCS § 1667a(3). (US Legal Definitions, 15. August 2011, [http://www.faq-s.net/22641/telemental\\_health\\_law\\_&\\_legal\\_definition.htm](http://www.faq-s.net/22641/telemental_health_law_&_legal_definition.htm)):

„the term telemental health means the use of electronic information and telecommunications technologies to support long-distance mental health care, patient and professional-related education, public health, and health administration.“

Auf der Homepage der University of Colorado Denver (15. August 2011, [http://www.tmhguide.org/site/epage/87548\\_871.htm](http://www.tmhguide.org/site/epage/87548_871.htm)) findet man folgende Definition.

„Telemental Health is the provision of mental health services using live, interactive videoconferencing. All mental health procedures that are delivered „face –to-face“ can be delivered remotely via Telemental Health.“

Der Vorteil ist, dass kostengünstig Telemental Health in unterversorgten ländlichen Gebieten angeboten werden kann.

In der Nutzung des Internets für die Psychotherapie und die psychotherapeutische Beratung entwickelten sich die zeitversetzte internetbasierte Psychotherapie mit hauptsächlich schriftlichen Kontakten per Mail und Telemental-Health. Bei dieser Möglichkeit wird das Videotelefon oder Telefon genutzt, die Kontakte erfolgen in Echtzeit.

### **3.5 Internetbasierte Psychotherapie**

Der Gebrauch des Internets ist zum Alltag geworden, E-Learning wurde in der Aus- und Weiterbildung zur Selbstverständlichkeit. Die intensive Nutzung, gesundheitliche Informationen einzuholen, ist belegt. So fällt auch die Scheu, sich auf internetbasierte psychotherapeutische Interventionen einzulassen. Viele therapeutische Methoden wurden in den letzten Jahren entwickelt. Zudem gab es vielversprechende Wirksamkeitsnachweise, sodass Forschungsprojekte finanziert wurden. Internetbasierte Ansätze werden in Ländern wie Schweden, Australien, Niederlande und Großbritannien von staatlichen Institutionen oder Krankenkassen unterstützt. (Marks & Cavanagh, 2009)

„A therapy that is based on self-help books, guided by an identified therapist which gives feedback and answers to questions, with a scheduling that mirrors face-to-face-

treatment, and which also can include interactive online features such as queries to obtain passwords in order to get access to treatment modules“ So lautet die Definition von Anderson. (2009, S. 175)

### 3.5.1 Unterscheidungskriterien

Von professioneller Seite wird heute eine Vielzahl internetbasierter Therapien angeboten, die sich bezüglich verschiedener Kriterien unterscheiden.

- Unterscheidung bezüglich Bedeutung und Ausmaß therapeutischer Kontakte:  
In den meisten empirisch untersuchten internetbasierten Therapieangeboten werden die Möglichkeiten des Internets als Kommunikations- und Informationsvermittlungsmedium kombiniert. Dabei handelt es sich um sog. „minimal-contact“ oder „guided self-help“-Therapien. Mit Unterstützung des Therapeuten werden webbasierte Selbsthilfeprogramme bearbeitet. Die Aufgaben des Therapeuten sind, Fragen zu beantworten, motivierende Nachrichten zu übermitteln und strukturgebende Interventionen zu setzen (z. B. das Freischalten von Selbsthilfemodulen nach einer gewissen Zeit). „Minimal contact“ bedeutet nicht, dass Patienten weniger Zeit investieren als in vergleichbaren Face-to-Face Ansätzen. Das Bearbeiten des Selbsthilfeprogramms, die Wiederholung von Übungen, das Lesen und Schreiben von E-Mails kann sehr intensiv sein.
- Unterscheidung nach Phasen der psychosozialen Versorgung  
Es werden internetbasierte Möglichkeiten im Bereich der Prävention, Nachsorge und Rückfallprävention psychischer Erkrankungen angeboten. Präventions- und Nachsorgeprogramme wurden von der Arbeitsgruppe Kordy (Forschungsstelle für Psychotherapie, Heidelberg 2011) realisiert und evaluiert. So handelt es sich beim Projekt ES[S]PRIT um ein internetbasiertes Programm zur Prävention von Essstörungen bei Studierenden. Darüber hinaus sollen Teilnehmer, die während ihrer Teilnahme Essstörungssymptome entwickeln, möglichst früh in intensivere Betreuung vermittelt werden, um einer Manifestation der Erkrankung

entgegenzuwirken. Das Projekt „Chat“ und „E-Mail-Brücke“ ist für Patienten, die nach der Entlassung aus einer stationären Therapie eine Online-Nachbetreuung wünschen. Neben der unterstützenden und stabilisierenden Die On-line-Nachbetreuung hat eine große unterstützende und stabilisierende Funktion.

- Unterscheidung nach der Art der Verbindung mit Face-to-Face-Ansätzen

Wie internetbasierte Angebote mit traditionellen Face-to-Face-Ansätzen verknüpft werden, ist unterschiedlich. Nachsorgeprogramme folgen vorherigen persönlichen Kontakten, während Präventionsprogramme eventuell in Präsenz-Therapien übergehen können. Es besteht auch die Möglichkeit einer Integration von Interventionen mit realer physischer Anwesenheit. In einem schwedischen „minimal-contact“-Programm zur Behandlung sozialer Angststörungen bietet das Programm am Ende der Therapie zwei Gruppenexpositionssitzungen. Zusätzlich können internetbasierte Ansätze vollständig anstelle von traditionellen Therapien durchgeführt werden. Online-Therapien sollen die traditionelle Psychotherapie nicht ersetzen, sondern Patienten ansprechen, die aus verschiedenen Gründen therapeutisch unterversorgt sind, deren Mobilität eingeschränkt ist, oder bei denen die Hemmschwelle zu groß ist, Therapeuten in der Realität aufzusuchen. (Berger & Andersson 2009)

### **3.5.2 Arten der internetbasierten Therapie**

#### **ES[S]PRIT**

Der Übergang von der Schule in die Universität bedeutet für junge Menschen erhebliche Umstellungen, die häufig mit erhöhten psychosozialen Belastungen und psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Die Inzidenzen psychischer Erkrankungen sind in dieser Zeit erhöht (Soeder & Holm-Hadulla 2001). Der Leidensdruck der Betroffenen, sowie eine niedrigere Leistungsfähigkeit erfordern Hilfestellungen in dieser kritischen Lebensphase. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Forschungsstelle für

Psychotherapie der Universitätsklinik Heidelberg das Internetportal ES[S]PRIT. (16. August. 2011, <http://www.ess-prit.de>)

Dabei handelt es sich um ein internetbasiertes Programm zur Prävention von Essstörungen bei Studierenden, das einem Stepped-Care-Ansatz folgt und eine individualisierte Betreuung der Teilnehmer ermöglicht. Darüber hinaus sollen Teilnehmer, die während ihrer Teilnahme an ES[S]PRIT Essstörungssymptome entwickeln, möglichst früh intensivere Betreuung erhalten, um der Manifestation der Erkrankung entgegenzuwirken. (Möbner 2008)

### **Internettherapie zur Behandlung der Panikstörung**

Calbring und Kollegen an der Universität von Uppsala in Schweden (Calbring & Nilsson-Ihrfelt 2005) haben ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm zur Behandlung der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie entwickelt. Dieses Programm erwies sich als sehr erfolgreich und genauso effektiv wie eine Standardverhaltenstherapie. Ein Jahr nach Abschluss der Therapie verbesserten sich die Therapieeffekte auf 92 % bei den Teilnehmern der Online-Therapie und 88 % bei den Teilnehmern der Standardtherapie.

### **Interapy**

Diese internetbasierte Therapie wird ausführlicher dargestellt, da sie heuer in Kanada bei „CYBERTHERAPY 2011, 16th Annual Cyber Therapy & Cyber Psychology Conference“ ([www.interactivemediainstitute.com](http://www.interactivemediainstitute.com)) diskutiert wurde.

Die Entwicklung des therapeutischen Konzeptes von Interapy (16. August 2011 <http://www.interapy.nl>) begann im Rahmen des „Amsterdam Writing Project“. Dabei wurde die Effektivität von strukturierten Schreibaufgaben zur Verarbeitung traumatischer Ereignisse untersucht und inhaltlich analysiert (Lange, Schoutrop, Schrieken & van de Ven 2002). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass vor allem die wiederholte Äußerung von schmerzhaften Gefühlen eine wirksame Komponente der Behandlung darstellt. Die Patienten berichteten außerdem, dass das Schreiben ihnen zu



neuen Sichtweisen im Hinblick auf das traumatische Erlebnis verhalf. Durch das eigenständige Schreiben der Texte bestimmte der Patient das Tempo und die Intensität der Konfrontation. Diese Befunde aus der strukturierten Schreibtherapie waren der Grundstein der Entwicklung des internetbasierten Therapieprotokolls für PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) Interapy. Im Folgenden wurde eine Anzahl von störungsspezifischen Therapieprotokollen über das Internet entwickelt und in randomisierten Kontrollgruppen auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. So liegen Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (Knaevelsrud & Maercker 2007; Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp 2003), komplizierter Trauer (Wagner 2006), Depression (Lange, Vermeulen, Renckens, Schrijver, van de Ven, Schrieken & Dekker 2005), Panikstörung (Lange et al. 2007) und zu Burn-out (Ruwaard, Lange, Vouwman, Broeksteeg & Schrieken 2007) vor. Alle Behandlungen zeigten eine gute bis hohe Wirksamkeit.

#### Wichtige Elemente der Interapy-Intervention

- Anmeldung:

Interessierte Personen, die sich für das Interapy Programm anmelden möchten, erhalten zunächst ausführliche Informationen über das psychische Störungsbild, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten existieren und nach welchen Prinzipien die Interapy-Behandlung funktioniert.

- Onlinediagnostik:

Alle Teilnehmer durchlaufen ein ausführliches Onlinescreening.

- Psychoedukation:

Jeder Behandlungsphase geht eine ausführliche Psychoedukation voraus, die dem Patienten erklärt, aus welchem Grund bestimmte Aufgaben gestellt werden, welchen Sinn einzelne Übungen haben und was bestimmte Symptome oder Reaktionen bedeuten.

- Behandlungsmanual:

Das Behandlungsmanual läuft über Schreibanleitungen, Verhaltensübungen und Hausaufgaben vollständig über die Website, wobei der Therapeut individuell für den Patienten bestimmte Instruktionen hinzufügt und den Patienten motiviert. In der Regel besteht zwischen dem Therapeuten und dem Patienten zweimal pro Woche Kontakt, wobei der Therapeut angehalten ist, dem Patienten nach spätestens einem Werktag zu antworten.

- Motivation:

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist die Motivation des Patienten durch den Therapeuten. So machen Therapeuten ihren Patienten beispielsweise Komplimente oder arbeiten mit anderen positiven Verstärkern.

- Therapieende:

Nach Abschluss der Behandlung findet eine Messung statt, um die Wirksamkeit der Behandlung und die Behandlungszufriedenheit festzuhalten.

Die Behandlung ist keine E-Mail Therapie, sondern erfolgt im Rahmen einer strukturierten Website. Sie besteht aus einem Patientenbereich, der nur für den Patienten aufrufbar und passwortgeschützt ist, und einem Therapeutenbereich, der neben Behandlungsaspekten auch Möglichkeiten zur Supervision und weitere administrative Aspekte beinhaltet. (Wagner, Lange 2008)

Ausschlusskriterien für die Interapy-Intervention sind psychotischer Erleben, Dissoziation, schwere Depressionen oder Suizidalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, eine laufende psychotherapeutische Behandlung und unter 18 Jahre.

### **3.5.3 Wirksamkeit**

Obwohl der Forschungsbereich noch sehr jung ist, existieren bis heute über 100 randomisierte, kontrollierte Studien. Evaluiert wurden vor allem „minimal-contact“- Interventionen. Die getesteten Programme folgen ausnahmslos dem kognitiv-

verhaltenstherapeutischen Therapieansatz. In den randomisierten kontrollierten Studien wurden die internetbasierten Behandlungen in der Regel mit Wartekontrollgruppen und nicht mit anderen Therapieformen (Face-to-Face-Psychotherapie) verglichen.

Internetbasierte Ansätze haben sich insbesondere bei Angststörungen als erstaunlich wirksam erwiesen. In neuen Metaanalysen werden im Mittel sehr hohe Effekte sowohl im Prä-Post-Vergleich als auch im Vergleich mit Wartelistenkontrollbedingungen gefunden, die mit Effekten in Face-to-Face-Therapien vergleichbar sind. (Berger & Caspar 2011)

Zwei Therapiestudien für Panikstörung (Andersson, Carlbring & Grimsrud, 2008; Gollings & Paxton, 2006; Kiropoulos et al., 2008) und eine Studie zu Essstörungen (Paxton et al., 2007) wurden durchgeführt, die einen direkten Vergleich der internetbasierten Therapie mit einer ambulanten Psychotherapie untersuchten. Diese Therapiestudien konnten keine Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Verfahren aufzeigen. Das bedeutet, die internetbasierte Psychotherapie erzielte ebenso gute Behandlungseffekte, wie das ambulante Therapieangebot.

Für internetbasierte Ansätze bei Depressionen liegen deutlich heterogenere Studienergebnisse vor als bei Angststörungen. Während in einigen Studien im Vergleich zu Wartelistenkontrollgruppen große Effekte berichtet werden, finden andere mittlere oder gar keine Effekte. Im Durchschnitt führt dies in Metaanalysen zu moderaten Effektstärken, wobei sich therapeutenunterstützte Selbsthilfeprogramme als deutlich wirksamer erweisen als reine Selbsthilfeprogramme, die keinen Kontakt zu Therapeuten enthalten. (Berger & Caspar 2011)

Dass Therapien via Internet wirksam sind, dafür gibt es eine immer größer werdende Anzahl von empirischen Hinweisen. Die Meinung, dass internetbasierte Therapien nur bei leicht belasteten Menschen Erfolg haben, kann nicht bestätigt werden. Einige Punkte sollen auch kritisch hinterfragt werden. Erkenntnisse, bei wem Online-Therapien wirken und bei wem nicht, existieren noch nicht. Viele Programme wurden bisher von universitären Einrichtungen entwickelt und unter experimentellen Bedingungen getestet. Hier stellt sich die Frage, ob die gute Wirksamkeit in der routinemäßigen Anwendung auch bestätigt werden kann. Sind Patienten nach einer nicht erfolgreichen Internettherapie für eine Face- to-Face-Therapie motivierbar? Angemessene Reaktionen

in Krisensituationen sind aus der Distanz nur eingeschränkt möglich. Wie begegnet man diesen Krisen? Die Möglichkeit Therapie via Internet auszuüben, soll nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zu bestehenden Ansätzen betrachtet werden. Weshalb die verschiedenen Therapien nicht miteinander kombiniert werden sollten, dafür existieren heute keine Gründe. Die vermehrte Integration von internetbasierten Therapien und Face-to-Face Therapien sollte nicht mit Sorge betrachtet werden. Diese neue Entwicklung ist eine Herausforderung, der mit Verantwortungsbewusstsein entgegengesehen werden kann. Durch die Zurückhaltung von professionellen Anbietern könnte das Internet mit unqualifizierten Angeboten überschwemmt werden. (Berger 2009)

#### **3.5.4 Therapeutische Beziehung**

Als Modell für die Qualität einer Beziehung in der internetbasierten Kommunikation kann die „parasoziale Interaktion“ (Wulff 1996) herangezogen werden. Dieses Modell beschreibt die Tatsache, dass Hörer und Seher von Radio- oder Fernsehsendungen weitgehende Beziehungen zu ihren Medienpersonen entwickeln, die zu vertrauten Experten werden. Es zeigt sich auch, dass im Internet über Mails, also nur schriftlich, empathische Beziehungen aufgebaut und aufrechterhalten werden.

Das Kernelement der Psychoanalyse in der therapeutischen Beziehung ist das Phänomen der Übertragung. Mit der Entwicklung des Internets entdeckte man neue Aspekte in der therapeutischen Kommunikation.

„Während in der normalen Sprechzimmertherapie das physische Bild des Therapeuten einschließlich aller sozialer und nonverbaler Signale (z. B. Körperhaltung, Gesichtsmimik, Augenkontakt) eine Rolle spielen und unter Umständen auch über das Zustandekommen oder Fortführen einer therapeutischen Beziehung entscheiden, ist die internetbasierte Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten deutlich sinnreduziert und ermöglicht den Patienten Spielraum, sich ihren „idealen Therapeuten“ vorzustellen und auch so wahrzunehmen. Fehlende Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Patient und Therapeut wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, und Aussehen treten in den Hintergrund und können somit zu einer verstärkten

Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen. Trotz der räumlichen und körperlichen Distanz nehmen die Patienten das Phänomen der Telepräsenz wahr; das Gefühl (oder die Illusion), dass ein realer oder virtueller Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er physisch abwesend ist, ermöglicht eine erhöhte Offenheit. (Wagner, 2008, Schweizerische Ärztezeitung S 1457)

Mithilfe des Working Alliance Inventory (WAI) verglichen Cook & Doyle (2002) die therapeutische Beziehung einer Onlinetherapie mit derjenigen einer ambulanten Psychotherapie. Dabei zeigte sich, dass die therapeutische Beziehung in der Onlinetherapie als signifikant besser bewertet wurde, als die herkömmliche Psychotherapie. An diese Studie anknüpfend untersuchten Knaevelsrud & Maercker (2006) in einer Studie für Posttraumatische Belastungsstörung explizit die therapeutische Beziehung im Internet. Die therapeutische Beziehung wurde nach der vierten und letzten Schreibsitzung erfasst. Die Patienten bewerteten bereits nach der vierten Sitzung auf einer Skala von 1 bis 7 die Beziehung durchschnittlich mit einem Wert von 5,8. Dieser Wert kann für diese frühe Behandlungsphase als sehr hoch eingeschätzt werden. Diese Bewertung verbesserte sich signifikant nach Abschluss der Behandlung. Ähnliche Resultate in Bezug auf therapeutische Beziehung erzielte die internetbasierte Therapie für komplizierte Trauer von Wagner (2006). Die Ergebnisse dieser Studien deuten darauf hin, dass die therapeutische Beziehung im Internet sogar besser eingeschätzt wird, als in Face-to-Face-Therapien. Diese Untersuchungen über die therapeutische Beziehung im Internet lassen vermuten, dass die Kommunikation im Internet Vorteile bringt, die den Verlauf einer Therapie positiv beeinflussen.

### **3.5.5 Vor- und Nachteile**

Einer der wesentlichen Vorteile der internetbasierten Therapie ist die leichte Erreichbarkeit von Patienten, die aufgrund geografischer Gegebenheiten oder eingeschränkter Mobilität schwer Hilfe fänden. Die Nachteile, die sich aus der Behandlung auf Distanz ergeben, sind zum einen die eingeschränkte Möglichkeit in Krisensituationen angemessen zu reagieren, und zum anderen, dass die Identität von Anbietern und Klienten nicht gesichert ist.

Durch die flexible Verfügbarkeit fällt die Terminfindung weg. Außerdem kann das geschriebene Material zu einem günstigen Zeitpunkt und mit flexiblem Tempo bearbeitet werden. Allerdings könnte die fehlende Struktur die Compliance reduzieren.

Das niedrigschwellige Angebot ermöglicht eine breitere und verbesserte Versorgung der Menschen, die Hilfe benötigen, aber aus verschiedenen Gründen (z. B. Scham) nicht in Anspruch nehmen. Die physische Abwesenheit des Therapeuten fördert das Offenbaren von geheimen Aspekten und Tabus. Der Patient kommt schnell auf den Punkt. Er bestimmt selbst, worüber er schreiben möchte. Ein wichtiger Aspekt in der Internetbehandlung stellt auch die Transparenz des Therapieprozesses dar. Die Texte bieten die Möglichkeit, den Therapieverlauf später noch einmal zurückzuverfolgen. Geschriebenes kann wiederholt reflektiert werden. Eine aktive Teilnahme am Prozess ist unumgänglich. Der schriftliche Austausch setzt Schreibfertigkeiten sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten voraus. So kann es zu Missverständnissen in der Kommunikation führen, schwierigere Themen können leichter verschwiegen werden. Dazu kommt, dass das Schreiben aufwendiger und länger dauert als das Reden.

Ein Nachteil der internetbasierten Therapie ist, dass eine Reihe von Patienten ausgeschlossen werden müssen, z. B. suizidale Patienten oder Patienten, die dissoziative oder psychotische Tendenzen haben. Es bedeutet, dass Online-Therapie für eine große Anzahl von Patienten nicht die geeignete Behandlungsform ist. Die Internetbasierte Psychotherapie versteht sich nicht als Konkurrenz zu bisherigen ambulanten Therapien, sondern bietet eine Ergänzungsmöglichkeit für bestimmte Gruppen von Patienten, die den Gang zum Psychotherapeuten scheuen.

### **3.6 Psychotherapie mit Videotelefon**

#### **3.6.1 Entwicklung**

##### **Telefonseelsorge**

Bereits 1895, zwei Jahrzehnte nach der Patentierung des Fernsprechers durch G. Bell, gründete der Pfarrer Harry Warren in New York eine erste Anlaufstelle für Beratung und Begleitung bei Krisen über Telefon. Er wollte das Telefon als Kontaktangebot

nutzen, um Suizidgefährdeten ein Gesprächsangebot machen zu können. Dieser Ansatz scheiterte. Es gab zu wenige Telefone. In England entstand 1953 ein Notruf für Suizidgefährdete. Wieder war es ein Pfarrer, der in der Londoner Zeitung „Times“ ein Inserat aufgab: „Before you commit suicid, ring me up!“ Schon bald konnte er die Anzahl der Anrufe nicht alleine bewältigen. Er wählte Unterstützung, Männer und Frauen, und gründete eine Organisation mit dem Namen The Samaritans. Von England aus breitete sich die Idee rasch über ganz Europa aus. In Deutschland entstand 1956 die erste Telefonseelsorge, in Österreich wurde sie 1966 in Linz gegründet. Vertraulichkeit und Verschwiegenheit, Ideologiefreiheit, Erreichbarkeit rund um die Uhr und die Beratung sollte kostenfrei sein – das sind die Grundsätze der Telefonseelsorge.

(16. August 2011, [www.telefonseelsorge.at](http://www.telefonseelsorge.at))

Es verwundert nicht, dass Mitarbeiter der Telefonseelsorge sehr früh die Chancen der Kommunikationsmöglichkeit über Internet erkannt haben. Es wurde konsequent das Ziel verfolgt, Menschen in Not niederschwellig erreichen zu können. Das Angebot reicht über Gespräche am Telefon, Mail-Kontakt und Chat. Das mediale Kommunikationsangebot im Zusammenwirken mit Anonymität und Verschwiegenheit ermöglichte dabei die paradoxe Erscheinung „Nähe durch Distanz“, wodurch es Menschen möglich wird, über ihre Probleme zu reden, selbst wenn sie es unter anderen Umständen nicht getan hätten. Die Ursprungsintention, Menschen in suizidalen Krisen beizustehen, gehört noch heute zum Kernziel der Telefonseelsorge. Das niederschwellige Angebot der Telefonseelsorge bewirkt, dass sich Menschen an diese Einrichtung wenden, die nach eigenen Aussagen keine Beratungsstelle, psychotherapeutische Praxis oder sonstige psychosoziale Hilfseinrichtung aufsuchen würden. Oft fassen Anrufer erstmals ihre Probleme in Worte. Davor war vieles kaum fassbar oder diffus. Durch das Gespräch oder das Schreiben wird das Problem konkreter. Die Telefonseelsorge versteht sich auch als Vermittler zu anderen psychosozialen Versorgungsangeboten, z. B. Beratungsstellen, „Offene Tür“, Psychotherapeuten. Die Telefonseelsorge in Deutschland hat im September 2002 bereits ein Sicherheitskonzept realisiert. Die gesamte Beratungskommunikation wird automatisch verschlüsselt. Nur so wird die Anonymität gewährleistet. Für viele Ratsuchende ist das die Grundvoraussetzung zur Nutzung dieses Angebots. Die Telefonseelsorge im Internet ist zu einer wichtigen Einrichtung geworden. Hier melden

sich Menschen, die im Ausland sind und einen Gesprächsbedarf haben. Sie beherrschen beruflich die Sprache, doch es fällt ihnen schwer, tief greifende emotionale Themen in einer fremden Sprache auszudrücken. Auch Sprachbehinderten und Gehörlosen bietet das Internet, mit Beratung per Mail, eine gute Möglichkeit ihre Probleme zum Ausdruck zu bringen. (Wenzel 2008)

Bevor sich in Europa die Idee der Telefonseelsorge durchsetzte, gab es in den USA schon große Visionen bezüglich der Nützung von Tele-Health. So zeigt die Zeitung „Radio News“ vom April 1924 die Vorstellung von medizinischer Hilfe über das Radio. Die Schlagzeile ist „THE RADIO DOCTOR – Maybe!“ Am Bild sieht man einen kleinen Buben und einen Arzt, der die Diagnose stellt. Beide sehen einander! Ein fast unglaublicher Blick in die Zukunft im Jahr 1924! (University of Athens, 16. August 2011, <http://users.forthnet.gr/ath/giovas/telemed/>)





Durch die rasante Weiterentwicklung der Technik bei den Kommunikationsmedien und die sich wandelnden kommunikativen Verhaltensweisen der Menschen bedarf es auch immer wieder einer Anpassung des Beratungskonzepts. Im Hinblick auf die Psychotherapie wäre es wichtig, neue Medien im psychotherapeutischen Prozess zu nutzen, z. B. bei der Anbahnung, bei Überbrückung eines Auslandsaufenthaltes oder bei der Nachsorge, und die Wirksamkeit durch eine rege Forschungsarbeit zu überprüfen. Nachdem sich mehr als 100 Studien mit internetbasierter Psychotherapie beschäftigen, gibt es noch eine große Lücke bei Psychotherapie mit Videotelefon. Obwohl im Internet von Psychotherapeuten aus unterschiedlichen Schulen, aus verschiedenen Ländern Skype-Therapie (Screen-to-Screen-Therapie, Videoconferenced Psychotherapy, Virtuelle Couch) angeboten und auch von Hilfe suchenden Menschen genutzt wird, existieren nur wenige Studien dazu. Mit der Gründung von Skype 2003, die das Internettelefonieren für alle Computerbesitzer kostenlos zur Verfügung stellte, begann sich die Möglichkeit einer Screen-to-Screen-Therapie auszubreiten. Durch die Echtzeit Qualität und die Möglichkeit, Mimik und Gesichtsausdruck wahrzunehmen, wurde sie zur attraktiven Alternative für die internetbasierte Therapie.

### **Technologie - Skype**

Skype ist ein Programm, mit dem Internettelefonie möglich wird. Es existiert erst seit 2003 und wurde durch Niklas Zennström und Janus Friis entwickelt. Anfang September 2005 kam es zum Zusammenschluss mit eBay. Bis heute gibt es einen ständigen Aufwärtstrend in der Verbreitung. Mit dem Programm Skype kann man von PC zu PC und von PC zu einem Festnetzanschluss oder zu einem Mobiltelefon telefonieren. Konferenzschaltungen sind ebenfalls möglich. Die rasante Verbreitung von Voice over Internet Protokolls (VoIP) ist dem sehr einfach anwendbaren Programm Skype zuzuschreiben. Neben der Einfachheit spricht vor allem der Kostenfaktor für Skype, denn Telefonieren über das Internet via Skype, von Computer zu Computer, ist kostenlos. Auch die VoIP-Software kann mühelos und ohne finanziellen Aufwand auf der offiziellen Seite des Herstellers [www.skype.com](http://www.skype.com) (16. August 2011) in verschiedenen Sprachen und für verschiedene Betriebssysteme heruntergeladen werden. Voraussetzung für das Telefonieren mit Skype ist ein Computer mit Internetanschluss. Alle neuen Laptops sind bereits mit Mikrofon und Kamera ausgestattet. Falls diese

Ausstattung nicht vorhanden ist, funktioniert Skype mit einem Headset und einer Webcam, die im Elektrofachhandel oder direkt über Skype erworben werden können. Beim Verbinden bestehen zwei Möglichkeiten, Videoanruf und Anruf. Bei der Kommunikation wird der Gesprächspartner in guter Qualität gehört und kann auf Wunsch auch gesehen werden. Die räumliche Entfernung wird zur Nähe.

Um die größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten, verschlüsselt Skype sämtliche Dateiübertragungen und Gespräche. Dritte Personen können nicht auf relevante Daten zugreifen. Vor böswilligen Angreifern ist auch Skype nicht sicher, doch die Betreiber sind bemüht, auf eventuelle Sicherheitslücken schnell zu reagieren. Da die gesamte Internettelefonie noch in Kinderschuhen steckt, sind alle potenziellen Angriffsmöglichkeiten auf die Sicherheit wahrscheinlich noch nicht entdeckt, und werden erst im Laufe der Forschungstätigkeit besser erkannt und Möglichkeiten zur steten Verbesserung der Sicherheit gefunden. (16. August 2011, [www.voip-information.de](http://www.voip-information.de))

### **3.6.2 Therapeutische Beziehung**

Die Psychotherapie mit Videotelefon ist ein noch kleines und wenig erforschtes Gebiet. Vor allem wird die Behauptung, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, mit Skepsis betrachtet. Die bisher veröffentlichten Forschungsberichte stimmen sehr zuversichtlich.

So zeigen die Ergebnisse der Studie über die Behandlung von Zwangsstörungen mit, durch Videotelefon gestützte Psychotherapie von Himle, Fischer, Muroff, Van Etten, Lokers, Abelson, Hanna (2005), dass sowohl alle Affekte wahrgenommen werden und dass eine sehr tragfähige empathische Beziehung aufgebaut werden kann.

„Our experience in this clinical trial suggested that patients displayed a full range of affect during the videoconferencing sessions. High Working Alliance Inventory total scores, coupled with strong ratings on items specific to therapist empathy, revealed that videoconferencing yielded robust, empathetic, therapeutic relationships.“ (Himle u. a. 2005, p. 1827)

Morgan (2008) berichtet, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung durch die Anwendung von Videokonferenz nicht beeinflusst wird.

Auch Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin (2010) konnten in einem Vergleich von Face-to-Face und Screen-to-Screen-Behandlung bei posttraumatischer Belastungsstörung keinen signifikanten Unterschied in der therapeutischen Allianz feststellen. Diese Studie untersucht die Qualität der therapeutischen Beziehung zu fünf verschiedenen Zeitpunkten während der Behandlung. Sofort nach jeder Therapiestunde erfolgt außerdem eine Befragung des Therapeuten und des Patienten, um die Beziehung zu bewerten. Die Untersuchungen ergaben eine unterschiedliche Bewertung der Sitzungen von der Seite des Klienten und der Seite des Therapeuten. Die Analyse zeigte, dass die Klienten die Therapie via Videotelefon als bedeutungsvoller beurteilten als die Therapeuten. Zum Beispiel waren die Klienten eher bereit die Sitzungen als vollständig, ausdrucksstark, besonders und wertvoll zu betrachten. Außerdem beurteilten die Klienten die Therapeuten positiver als die Therapeuten sich selbst. Die Behandler schätzten auch ihr eigenes Erregungsniveau während des Treffens höher ein als die Teilnehmer. Diese Unterschiede in der Wahrnehmung der Klienten und der Therapeuten sind allerdings zu gering, um eine signifikante Bedeutung in dieser Studie zu haben.

Wichtig ist auch zu erwähnen, dass während des Dialogs mit Videotelefon leichte Zeitverzögerungen die Kommunikation weniger flüssig machen können. Auch nonverbale Signale können manchmal wegen schlechter Übertragungsqualität und wegen der eingeschränkten Sicht des Klienten nicht wahrgenommen werden. Man könnte denken, dass diese Faktoren den Aufbau einer Allianz behindern. Doch laut Studie von Germain u. a. (2010) haben diese Merkmale keinen signifikanten Einfluss auf die therapeutische Beziehung.

Steel, Cox & Heather (2011) beschäftigen sich ebenfalls mit der Qualität einer therapeutischen Beziehung. In dieser Studie wurden 200 Artikel ausgewertet, 35 davon waren für diese Studie relevant. Von diesen waren acht randomisierte kontrollierte Studien, die restlichen waren Fall- und Pilotstudien. In der Zusammenfassung schreibt das Team:

„ Previous literature reviews have highlighted the lack of good-quality evidence relating to interventions delivered via videoconferencing, but the best, most recent evidence indicates that clinical outcomes are similar between in-person and videoconference-delivery modes. No studies were found suggesting that this was not the case. Similarly the evidence that shows high patient satisfaction with videoconference-delivered interventions is increasing. No evidence was found to indicate that videoconferencing as a means of intervention delivery is a cause of dissatisfaction for patients. Therefore, the evidence suggests that videoconferencing commonly results in high satisfaction levels in patients.“ (Steel u. a. 2011, p. 7)

In dieser Studie wurde wie bei Germain u. a. (2010) darauf hingewiesen, dass eine unterschiedliche Einstellung zwischen Klienten und Psychotherapeuten aufgefallen ist. Bei den Klienten konnte eine größere Akzeptanz für Psychotherapie mit Videotelefon festgestellt werden.

Die Forschungsberichte sind vielversprechend. Trotz der Sorge, dass die Distanz und die beeinträchtigte Gesprächsqualität die Qualität der Beziehung behindern könnte, muss anerkannt werden, dass es sich bei Psychotherapie mit Videotelefon um eine vollständig funktionsfähige, attraktive Methode handelt, die Gesundheitsvorsorge im mentalen Bereich zu erweitern. Selbstverständlich sind weitere Studien erforderlich, um die Wirkung und die Effizienz von Screen-to-Screen-Therapien detaillierter nachweisen zu können.

### **III. Empirischer Teil**

#### **4. Die Untersuchung**

##### **4.1 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage**

Die technologische Entwicklung, der Einsatz von Computern und die Nutzung des Internets erfassen alle Bereiche unseres Lebens. Der Frage: „Wie kann man diese Entwicklung für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung nutzen?“ gingen viele Forschungsprojekte nach. Über 100 Studien belegen bereits die Wirksamkeit

internetbasierter Therapien, die sich durch ihre Asynchronität, als Ergänzung zur herkömmlichen Face-to-Face-Therapie sehen. Mit der Verbreiterung der Videotelefonie durch Skype eröffnete sich ein neues Gebiet, die Dienstleistung Psychotherapie anzubieten. Dieses neue Medium setzt sich in Österreich und Deutschland nur sehr zögerlich durch, zum Großteil durch die rechtlichen Beschränkungen in beiden Ländern, zum anderen auch wegen der Skepsis und der Vorsicht der Psychotherapeuten. Ein weiterer Punkt dürfte die Tatsache sein, dass es kaum deutsche Publikationen der Studien über Telemental Health in Fachzeitschriften gibt, die über die Wirksamkeit, die therapeutische Beziehung und über eine Kosten-Nutzen-Frage von Therapien über Videotelefon berichten. In Australien, den USA und Kanada, wo bereits der 16. Cyber-Congress im Juni 2011 stattfand, gehört es zur Normalität sich seinen bevorzugten Therapeuten im Land auszuwählen, körperliche Behinderung ist kein unüberwindbares Problem mit einem geeigneten Psychotherapeuten Kontakt aufzunehmen, auch berufliche und familiäre Dauerbelastung ist keine Kontraindikation für eine Psychotherapie.

Angeregt durch eine ehemalige Patientin, die nach Jahren wieder zu mir in Psychotherapie kommen wollte – sie war nun alleinerziehende Mutter von einem einjährigen Kind – begann das Interesse an einer psychotherapeutischen Beratung via Videotelefon. Meine Praxis hatte ich in der Zwischenzeit verlegt. Die Patientin müsste eine eineinhalbstündige Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf sich nehmen. Wir suchten gemeinsam nach einer Lösung.

Die Recherche zum Thema Psychotherapie im Internet begann. Die Literaturverweise einiger wissenschaftlicher Artikel verwiesen nach Kanada. Herr Dr. Stephan Bouchard von der Universität Quebec, der sich sehr intensiv mit der Forschung über Psychotherapie mit Videotelefon beschäftigt, stellte aktuelle Forschungsberichte rasch und unkompliziert (per Mail) zur Verfügung. Aufgrund dieser aktuellen Studienergebnisse (Richardson u.a.2009, Germain u.a. 2009, Himle u.a. 2006) in denen kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit und bei der therapeutischen Beziehung zwischen einer Face-to-Face-Therapie und einer Therapie mit Videotelefon nachgewiesen werden konnte, ergaben sich für die vorliegende Untersuchung folgende Forschungsfragen:

1. Welche Aspekte veranlassen Therapeuten und Patienten eine Therapie mit Videotelefon zu nutzen?
2. Welche Unterschiede werden in der Beziehungsgestaltung von Präsenztherapie und Therapie mit Videotelefon wahrgenommen, und haben diese Auswirkungen auf den Therapieverlauf?
3. Welche Besonderheiten im Umgang mit Krisen im therapeutischen Prozess in der Screen to Screen-Therapie werden festgestellt, und welche Grenzen gibt es bei der Anwendung einer Screen-to-Screen-Therapie?
4. Welche Vorstellungen werden mit der Zukunft von Psychotherapie mit Videotelefon assoziiert, und wie gestalten sich die Erwartungen, Wünsche oder Befürchtungen?

#### **4.2 Interviewpartner**

Die Suche der Interviewpartner erfolgte über google, über die Stichwörter „psychotherapy with videotelephon, psychotherapy with skype, psychotherapeutische Beratung mit Videotelefon, psychotherapeutische Beratung mit Skype“. Voraussetzung für die Auswahl der Interviewpartner war eine Ausbildung zum Psychotherapeuten und eine mindestens zweijährige Erfahrung mit Psychotherapie mit Videotelefon. Alter, therapeutische Schule, Land, in der die Psychotherapie mit Videotelefon angeboten wurde, war dem Zufall überlassen.

Für die vorliegende Untersuchung wurden zehn Interviews, in der Länge von ca. 40 Minuten, geplant. Sechs Gesprächspartner wählte ich aus dem deutschsprachigen Raum, Österreich, der Schweiz und Deutschland. Wegen des Themas selbst „Psychotherapie mit Videokonferenz“, bei der die Überwindung von räumlichen Distanzen bei jeder Therapiesitzung Normalität wird, wollte ich Experten aus möglichst vielen Kontinenten via Skype über ihre Erfahrungen befragen. Ich fand neben Experten aus Großbritannien und Ungarn, Gesprächspartner in den USA und Kanada. Als zehn Interviews bereits abgeschlossen waren, bekam ich noch die Zusage für ein Gespräch von zwei Experten

aus Australien und aus Vietnam. Diese vervollständigten meine Liste der Psychotherapeuten mit Erfahrung in Videotherapie.

Eine Interviewpartnerin hatte aufgrund ihres Berufes als Krankenschwester eine psychotherapeutische Ausbildung gemacht, alle anderen absolvierten zuvor eine akademische Ausbildung.

Acht der Interviewpartner betrieben zusätzlich zu ihrer therapeutischen Tätigkeit eine Lehrtätigkeit an ihrer jeweiligen therapeutischen Schule oder an einer Universität. Zwei der Interviewpartner widmeten sich ausschließlich der Psychotherapie in Face-to-Face und via Videotelefon. Ein Interviewpartner war neben seiner therapeutischen Tätigkeit in der Privatwirtschaft beschäftigt, ein anderer begleitete eine Funktion in der Therapeutenkammer.

Folgende soziodemografischen Daten wurden im Anschluss an das Interview erhoben, sofern sie nicht aus der jeweiligen Homepage zu entnehmen waren, oder im Zuge des Interviews noch nicht beantwortet wurden: Geschlecht, Alter, Staat, in dem die therapeutische Praxis liegt, Therapieschule, Dauer der therapeutischen Tätigkeit, Erfahrung mit Videotelefon in Jahren, gesetzliche Regelungen bezüglich Psychotherapie mit Videotelefon im Land, in der sich die Praxis befindet. Die soziodemografischen Daten werden tabellarisch dargestellt und anschließend zusammenfassend beschrieben.

Übersicht über Hintergrunddaten der Psychotherapeuten:

<b>Nr./ Geschlecht</b>	<b>Alter</b>	<b>Staat</b>	<b>Schule</b>	<b>Therapeutische Tätigkeit</b>	<b>Erfahrung mit Videotelefon</b>	<b>Gesetzliche Regelung</b>
1/m	91	A	Autogenes Training	56	7	ja
2/f	52	CH	Logotherapie	2	2	nein
3/f	41	D	Systemische Therapie	13	2	ja
4/m	50	D	Verhaltenstherapie und klientenzentrierte Therapie	24	7	ja
5/m	41	D	Transaktionsanalyse	13	2	ja
6/m	55	D	Verhaltenstherapie und Psychodrama	25	7	ja
7/m	36	HU+USA	Transpersonal and Integral Orientation	11	2	nein
8/f	47	GB	Process Oriented Psychotherapy	18	5	nein
9/m	42	CA	Psychodynamic Therapy	6	5	nein
10/m	56	USA	Verhaltenstherapie	30	6	nein
11/f	55	Vietnam	Psychodynamic Therapy	22	2	nein
12/f	63	Australien	Buddhist Psychotherapy	19	2	nein

Fünf Frauen und sieben Männer wurden interviewt. Der älteste Interviewpartner ist 91 Jahre alt und noch immer sehr intensiv mit Psychotherapie beschäftigt. Er denkt nicht daran, sich zur Ruhe zu setzen. Der jüngste Gesprächspartner ist 36 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Therapeuten beträgt 52 Jahre. Der Staat, in dem die



Interviewpartner ihre Tätigkeit anbieten, entspricht in vier Fällen nicht ihrer Nationalität.

Die Suche nach österreichischen Psychotherapeuten, die psychotherapeutische Beratung anbieten, gestaltete sich aufgrund der gesetzlichen Einschränkungen als sehr schwierig. Drei Therapeuten hatten es auf der Homepage angekündigt, doch bisher keine Erfahrungen mit diesem Medium gemacht. Es gab bisher noch keine Nachfrage. Der österreichische Fachmann, der für ein Interview bereit war, konnte auf eine 56-jährige therapeutische und eine 8-jährige Skype Praxis zurückblicken.

Bei dieser Studie sollten auch Experten aus Österreichs Nachbarländern befragt werden. Es wurden die Schweiz, Ungarn und Deutschland durch Zufall gewählt. Bei der Suche nach deutschen Therapeuten mit Erfahrung im Screen-to-Screen-Bereich, wiesen zwei der vier Psychotherapeuten schon während des Interviews darauf hin, dass Psychotherapie vom Gesetz her nur in einem gemeinsamen Raum stattfinden darf. Sie legten deshalb großen Wert darauf festzuhalten, dass es sich bei ihrer Tätigkeit um psychotherapeutische Beratung handelt. Ein Vertreter der Psychotherapeutenkammer erklärte, dass man für Forschungszwecke Psychotherapie mit Videotelefon erlauben werde, „um neue Methoden ausprobieren, entwickeln und evaluieren zu können, und dass einer allzu forschen Einführung der Psychotherapie mit Skype doch ein Riegel vorgeschoben ist.“ Zwei Interviewpartner, die von den gesetzlichen Regelungen in Deutschland nichts wussten, sprachen im Gegensatz zu ihren Kollegen nicht von psychotherapeutischer Beratung, sondern von Psychotherapie.

Die Interviewpartner aus Großbritannien, Kanada, USA, Vietnam und Australien ergaben sich durch Zufall. In diesen Ländern gibt es bezüglich Psychotherapie über Videotelefon keine gesetzlichen Einschränkungen.

Die Experten gehören folgenden Schulen an: Autogenes Training, Logotherapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Therapie, Transaktionsanalyse, Transpersonal and Integral Orientied Psychotherapy, Process Orientied Therapy, Psychodynamic Therapy, Buddhist Psychotherapy. Alle Fachleute blicken auf eine mehrjährige therapeutische Erfahrung in Face-to-Face-Sitzungen zurück.

### **4.3 Durchführung der Interviews**

Aufgrund der Homepage, auf der Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Beratung mit Videotelefon angeboten wurde, setzte ich mich mit den Interviewpartnern mit einem persönlichen Mail in Verbindung und bat um ein Gespräch via Skype. Alle angeschriebenen Experten reagierten sehr interessiert auf das angekündigte Thema und waren gerne zu einem Gespräch bereit. Neun Psychotherapeuten baten um die Zusendung des Interviewleitfadens. Aufgrund der sehr intensiven Beschäftigung der Experten und der zusätzlichen Berücksichtigung der Zeitdifferenz bei den Interviews mit Großbritannien, Kanada, USA, Vietnam und Australien, war ein mehrmaliger Kontakt per Mail notwendig, um einen Termin festzulegen. Die Durchführung der geplanten Interviews wurde zwei Mal durch unvorhergesehene Ereignisse, wie der Diebstahl des Laptops und eine unvorhergesehene Krisenintervention, verzögert.

Mit sechs Psychotherapeuten wurde in deutscher Sprache ein Experteninterview geführt, mit sechs Psychotherapeuten in englischer Sprache. Die Dauer der Gespräche betrug durchschnittlich 40 Minuten.

Die Interviews via Skype wurden mit laufender Gesprächsaufzeichnung am Computer und parallel laufender Audioaufnahme mit einem Voice Recorder, im Einverständnis mit den Gesprächspartnern, festgehalten. Die Aufzeichnungen wurden vollständig transkribiert. Um eine bessere Lesbarkeit zu erlangen, wurden die deutschen Interviews in das Schriftdeutsch übertragen, die englischen Gespräche wurden ins Englische transkribiert. Diese Interviewprotokolle bilden das Ausgangsmaterial für die qualitative Inhaltsanalyse.

### **4.4 Erhebungsverfahren: Leitfadeninterview mit Experten**

Das Experteninterview ist eine spezielle Methode, in der mittels Interview das Wissen von Experten über einen bestimmten sozialen Sachverhalt erschlossen werden soll. Die Merkmale sind einerseits, dass die Experten ein Medium sind, durch das der Wissenschaftler Wissen über einen ihn interessierenden Sachverhalt erlangen will. Sie sind nicht das „Objekt“ der Untersuchung, sondern sie sind Beobachter des zu

beforschenden Prozesses. Auf der anderen Seite haben die Experten einen besonderen Stellenwert im sozialen Kontext, in dem Bereich der untersucht werden soll.

Experteninterviews werden eingesetzt bei „... Untersuchungen, in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden. Wir bezeichnen solche Untersuchungen im weiteren als rekonstruierende Untersuchungen. Die Experteninterviews haben in diesen Untersuchungen die Aufgabe, dem Forscher das besondere Wissen der in die Situationen und Prozesse involvierten Menschen zugänglich zu machen.“ (Gläser & Laudel 2010, S. 13)

Wenn in einem Interview unterschiedliche Themen behandelt werden und auch einzelne, genaue Informationen erhoben werden sollen, so empfiehlt sich ein Leitfadeninterview mit Experten. (Gläser & Laudel 2010)

Da das Interesse dieser Untersuchung den Beweggründen, den Erfahrungen und den Zukunftsperspektiven von Psychotherapeuten und Patienten mit einer Screen-to-Screen-Therapie gilt, wurde ein Leitfadeninterview mit Experten verwendet.

#### **4.5 Auswertungsverfahren: Qualitative Inhaltsanalyse**

Die Interviews brachten eine Fülle an Datenmaterial und Informationen. Durch die qualitative Inhaltsanalyse gelang es, die große Materialmenge auf ein überschaubares Maß zu kürzen und die wesentlichen Inhalte zu erhalten (Mayring 2010).

Um Antworten auf die Forschungsfragen zu bekommen, wurde die induktive Kategorienbildung angewandt.

### **5. Kategorienbildung**

#### **5.1 Überblick**

Aufgrund der inhaltsanalytischen Auswertung der transkribierten Interviews ergaben sich folgende Hauptkategorien, die sich anschließend in Unterkategorien teilten.

## **A. Rückblick - Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon**

A1 Vorherige Erfahrungen mit dem Medium

A2 Gründe Therapie mit Videotelefon zu nützen

A3 Werthaltungen in der Entscheidung für das neue Medium

## **B. Rahmenbedingungen für eine Psychotherapie mit Videotelefon**

B1 Äußerliche Praxissituation

B2 Therapieindikation

B3 Grenzen

## **C. Therapeutischer Prozess**

C1 Therapeutische Beziehung

C2 Krisen

## **D. Zukunftsperspektiven**

D1 Gesetzlicher Hintergrund

D2 Technische Entwicklung

D3 Persönlicher Ausblick

## 5.2 Rückblick - Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon (A)

Diese Hauptkategorie beschreibt die Aspekte und die Werthaltungen der Psychotherapeuten, sich mit dem Medium Videotelefonie auseinanderzusetzen. Ebenso werden die Gründe der Menschen dargelegt, die über das Videotelefon Hilfe suchen.

### A1 Erfahrungen mit dem Medium

Zehn der zwölf Interviewpartner hatten vor Beginn ihres Psychotherapieangebotes Erfahrung mit Videotelefon aufgrund intensiver familiärer Kontakte oder durch berufliche Aufgaben oder durch das eigene ausgeprägte Interesse an der Technik.

„Die Idee Psychotherapie mit Skype anzubieten, entstand, bevor mir überhaupt bewusst war, dass es das schon auf dem Markt gibt. Durch viele Skype Kontakte mit unseren erwachsenen Kindern, die nicht bei uns leben und Schwierigkeiten bekamen, da habe ich gesehen, was alles möglich ist über Skype.“ Interviewpartner (IP) 2

„Entwicklungshilfeorganisationen haben Mitarbeiter in der ganzen Welt, z. B. in Afrika, und die haben die Notwendigkeit ihre Leute, die in Krisengebieten eingesetzt sind, zu unterstützen – in einer psychosozialen Weise. [...] Ab da hatte ich diese Möglichkeit im Sinn, derartige Angebote zu machen.“ (IP 4)

Interviewpartner (IP) 1 entwickelte schon vor der Psychotherapie über Videotelefon „Tapecounseling“ - eine Therapie mit Hilfe von Tonbandkassetten. „Der Patient spricht seine Probleme, Fragen usw. auf eine Kassette. Der Therapeut hört die Kassette, die bei offenem Mikrofon gleichzeitig nochmals aufgenommen wird, ab. Wenn er eine Frage beantworten oder einen Kommentar geben will, stoppt er die Kassette und spricht ins Mikrofon, was er dem Patienten sagen will. Die Methode hat sich bei Menschen bewährt, die in Bereichen der Welt wohnen, die das Aufsuchen eines Fachmannes praktisch unmöglich macht. Sie ist aber auch anwendbar, wo die behandelnde Person einfach das Haus nicht verlassen kann. [...] Skype hat dann die Möglichkeit geboten, das gratis zu machen und hat die Tonbandtherapie abgelöst.“ (IP 1)

„Ich bin technikaffin, wie man sagt, und habe Computer, solange es welche gibt. Ich habe mich mit der Frage beschäftigt, ob man Online-Therapie anbieten soll, habe dann

recherchiert und habe dann gesehen, dass die Hinweise, die es aus dem amerikanischen Sprachraum gegeben hat, dass diese sehr ermutigend waren.“ (IP 6)

Zwei Psychotherapeuten lassen sich das Medium von ihren Ehepartnern erklären, nachdem Patienten um eine Fortsetzung ihrer begonnenen Psychotherapie bitten, die sie sonst aufgrund einer Übersiedlung abbrechen müssten. Schritt für Schritt, gemeinsam mit dem Patienten, bewältigten sie technische Hürden.

„So I let her [the client] know my lack of experience in this modality, I let her be a part of the decision to accept this kind of therapy, so a kind of shared accountability. We are working to figure that out together.“ (IP 9)

Am Beginn stolperte Interviewpartner 9 über technische Hürden, wie die leicht verzögerte Sprachübertragung, verschobenen Blickkontakt, Unterbrechungen\_ und über die eingeschränkte Wahrnehmung der Körpersprache. Aber er lernte viel daraus und begann die Therapiestunden über Skype zu optimieren.

„A client, who had to move in another country, she asked me to continue the therapy via skype. I was surprised, but we started, and it was very good. My husband, he is a little bit internet guru, and he always told me, you should use the skype for the therapy, but I refused it first time. And after then, when I saw it is needed and it works well, I started.“ (IP 11)

## **A2 Gründe Psychotherapie mit Videotelefon zu nützen**

Alle Interviewpartner führen eine Übersiedlung, sei es die eigene oder die eines Patienten, als Grund an, mit der Screen-to-Screen-Therapie zu beginnen. Bei elf Psychotherapeuten geht die Initiative, eine Psychotherapie mit Videotelefon in Anspruch zu nehmen, vom Patienten aus.

„Es gab eine Anfrage eines Klienten, der übersiedelte, ob ich mit ihm nicht über Skype sprechen könnte, habe ich gemacht, hat geklappt und fertig!“ (IP 3)

Ein Therapeut schlägt diese Möglichkeit seinen Patienten vor, um eine bestehende Therapie aufgrund seines Arbeitsplatzwechsels weiterzuführen. Die Hälfte seiner Patienten akzeptiert die Lösung, die andere Hälfte lehnt sie ab.

„May be seven said, it is bullshit through skype, it cannot work, I don't believe it, so refer to me to someone – and it was not based on the experience but it was based on their beliefs.“ (IP 7)

Fünf Interviewpartner nennen den Wunsch des Klienten nach einer muttersprachlichen Psychotherapie aufgrund von Einsamkeit am neuen Wohnort.

Die Auswahl eines geeigneten und qualifizierten Therapeuten durch den Klienten wurde von vier Interviewpartnern hervorgehoben.

„I was in San Francisco and a lady called me from New York, I heard from a friend that you are good. So I want therapy by skype.“ (IP7)

Ein Therapeut hat eine besondere Ausbildung in Schmerztherapie und wird gezielt von Menschen für eine Skype-Therapie ausgewählt.

Zwei Therapeuten weisen auf die Überbrückung kultureller und gesellschaftlicher Einschränkungen hin.

„Another thing that is very important is culture. There are countries, Saudi-Arabia for example where to be self-reflective is to go against god. It's to go against Koran. So for someone in that environment, and I have someone from that environment, that seeks therapy, that have to look outside their culture that means to look outside their country.“ (IP 9)

„Homosexuelle Patienten in kleinen Gemeinden möchten nicht mit ihrem Therapeuten zusammentreffen.“ (IP 5)

Weitere Gründe für eine Therapie mit Videotelefon, die die Interviewpartner aufzählen, sind:

- Die Vertrautheit der eigenen Wohnung für den Patienten (gaben 3 IP an)
- Durch die Zeitverschiebung ist es leichter einen geeigneten Termin zu finden, z. B. eine Mutter von drei Kindern in Japan, nützt die Nachtstunden zur Therapie mit Skype in Großbritannien. (2 IP)

- In Krisengebieten, beim Einsatz von Entwicklungshelfern, gibt es keine entsprechenden Angebote für eine Therapie. (4 IP)
- In ländlichen Gebieten ist die Anreise zu einer psychotherapeutischen Praxis schwer oder manchmal gar nicht möglich. (9 IP)
- Menschen sind zu beschäftigt, um einen Termin in einer Praxis wahrnehmen zu können. (3 IP)
- Menschen, die aufgrund körperlicher und psychischer Krankheiten die Wohnung nicht verlassen können, suchen nach anderen Angeboten um Hilfe zu bekommen. (4 IP)

### **A3 Werthaltungen in der Entscheidung für das neue Medium**

Keiner der interviewten Psychotherapeuten denkt daran, mit der Screen-to-Screen-Therapie aufzuhören. Sechs Interviewpartner betonen die Zufriedenheit mit diesem Medium.

„Es macht mir Spaß, ich plage mich dabei nicht, und ich mache es gerne!“ (IP 1)

„To be in the 21st century and to use the tools of the 21st century!“ (IP 9)

Ein Therapeut bezeichnet den Abbruch einer laufenden Therapie, der durch die Ablehnung der Möglichkeit einer Fortsetzung durch Skype-Therapie zustande kommt, als unethisch.

„For me it seemed something unethical to allow that, that client to loose that therapist just because I wasn't looking outside of the boundary that seemed to exist – so it was out-of-box-thinking.“ (IP 9)

Ein Psychotherapeut überlegt sehr genau, ob er es wegen des Geldes macht, oder möchte er etwas machen, was andere noch nicht machen und sich als Opportunist fühlen? Er kommt zum Schluss, dass es aus seiner Erfahrung auch viele Vorteile für den Patienten gibt.

Für zwei deutsche Therapeuten ist es wichtig, das Angebot von Therapiemöglichkeiten zu erweitern.



„Psychotherapie den Menschen so zugänglich zu machen, dass sie es gut annehmen können. Skype-Therapie ist eine Möglichkeit, das aktuelle Wissen und die Methoden der Psychotherapie niederschwellig an Leute zu bringen, die es brauchen.“ (IP5)

Interviewpartnerin 2 hat lange in Afrika gelebt und gearbeitet, und selber erfahren, dass es in extremen Situationen von Vorteil ist, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Bei 11 Therapeuten begann die Skype-Therapie aufgrund einer Patientenanfrage, dass dieses Medium beibehalten wurde, hat mit der eigenen Lebensführung zu tun.

„I am travelling between two countries. Because of this, I work with skype-therapy. This is the kind of my life.“ (IP 7)

### **Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**

Die erste Forschungsfrage der empirischen Arbeit „Welche Aspekte veranlassen Therapeuten und Patienten eine Therapie mit Videokonferenz zu nutzen?“ wird in der Hauptkategorie A, Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon, behandelt. Durch die Auswertung der transkribierten Interviews ergeben sich drei Subkategorien. Die erste beschäftigt sich mit den Erfahrungen der Therapeuten mit dem Medium Videotelefon vor Beginn der Screen-to-Screen-Therapie. Es zeigt sich, dass zehn der Interviewpartner durch ihren eigenen Lebensstil gewohnt sind, Kontakte über Videotelefon aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Diese Kommunikationsform ist Teil ihres Lebens zur Beziehungspflege, da sie selber den Lebensmittelpunkt in ein anderes Land verlegten, oder Jahre ihrer beruflichen Tätigkeit in anderen Staaten verbrachten, oder sich aus beruflichen oder privaten Gründen immer wieder längere Zeit im Ausland aufhielten. Zwei der Befragten sind mit der Technik nicht vertraut und lassen sich von ihrem Lebenspartner einschulen, als sie mit dem Wunsch eines Patienten konfrontiert werden, der die bestehende Psychotherapie mit Videotelefon fortsetzen möchte. Anlass ist die Übersiedlung des Therapeuten. Die Interviewpartner geben an, dass ihre eigene flexible, mobile und technisch aufgeschlossene Lebensweise Einfluss darauf hat, sich für diese neue, wenig erforschte Art der Psychotherapie zu entschließen und diese auch fortzusetzen.

Die zweite Unterkategorie ergibt eine Vielzahl von Gründen, die Psychotherapeuten bewegen, Videotherapie anzubieten, und Überlegungen von Menschen auf diese Art Hilfe zu suchen. Die Verlegung des Lebensmittelpunktes ist oft mit Einsamkeit am neuen Wohnort und der Sehnsucht nach der eigenen bekannten Kultur verbunden. Deshalb suchen Menschen nach Psychotherapeuten aus der Heimat, bei der eine muttersprachliche Therapie möglich ist. Andererseits wird auch durch kulturelle, politische oder religiöse Einschränkungen in einem Staat, Hilfe in einer anderen Kultur gesucht, das bedeutet Psychotherapie in einem anderen Land über Videotelefon. Gesellschaftliche Normen in kleinen Ortschaften können die Auswahl eines vertrauensvollen Psychotherapeuten sehr einschränken. Die gezielte Suche nach einem besonders geschulten Therapeuten eröffnet neue Weiten in der Welt des Internets. Die geografischen Gegebenheiten spielen dabei keine Rolle mehr. Menschen in entlegenen Gebieten Australiens, der USA und Kanada, aber auch Menschen in kleinen Dörfern des Burgenlandes, bei denen die Anreise zu einem Therapeuten und die Heimfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu einem Tagesausflug werden kann, können von einem psychotherapeutischen Angebot über Videotelefon Gebrauch machen. Körperliche Erkrankungen sind keine Kontraindikation für eine Therapie. Die Zeitverschiebung für eine zeitlich angenehme Therapiestunde zur späteren Abendstunde zu nützen, weil ein beruflicher Terminkalender oder familiäre Gegebenheiten die Tagesstruktur vorübergehend stark beeinflussen, ist ein weiterer Beweggrund der Skype-Therapie. Die Überlegungen, eine Psychotherapie mit Videotelefon zu nützen, sind vielschichtig. Der Bedarf nach einer Erweiterung des Angebotes in der Psychotherapielandschaft ist gegeben. Die Präsenztherapie soll dadurch nicht ersetzt werden, sondern jeder soll die Hilfe in Anspruch nehmen können, die für ihn geeignet ist. Der kurze Kommentar eines Interviewpartners beschreibt die Einstellung aller befragten Kollegen: „If I don’t have to use it, I don’t use it. When I have to, I use it!“

Die Werthaltungen der Psychotherapeuten in der Entscheidung für das neue Medium wurden in der dritten Unterkategorie herausgefiltert. Keiner der Befragten zog es in Betracht, dieses zusätzliche Angebot wieder zu streichen. Vier gaben an, sich intensiv mit der Optimierung der Psychotherapie mit Videotelefon zu beschäftigen, wie zum Beispiel besondere Hinweise bezüglich Therapieerwartungen und Kontraindikationen auf der Homepage zu vermerken, Kameraeinstellung, Setting, Diskussionsrunden mit

Kollegen bezüglich Verbesserung des energetischen Ansatzes. Die Erweiterung des Therapieangebotes und die Vermittlung von aktuellen therapeutischen Erkenntnissen auf niederschwelligem Niveau für skeptische und zurückhaltende Menschen, die Hilfe brauchen, sind zusätzliche Motivationen der Befragten. Ein Therapeut bezeichnete das Verweigern einer Skype-Therapie dem Patienten gegenüber als unethisch; jemand verliert seinen Therapeuten, weil der Therapeut nicht über die Grenzen hinausschauen möchte, die anscheinend existieren. Er nennt seine Einstellung gegenüber dieser neuen Technologie „Out-of- box-thinking“, frei übersetzt „über den Tellerrand hinausblicken“. Kein interviewter Therapeut berichtete darüber, sich profilieren zu wollen, oder etwas anzubieten, womit sich noch sehr wenige beschäftigen, oder viel Geld zu verdienen. Im Vordergrund stand bei allen die Freude und Befriedigung beim Arbeiten mit diesem Medium – eine Alternative gefunden zu haben, um Menschen eine andere Art der Hilfe zu ermöglichen.

### **5.3 Rahmenbedingungen für eine Psychotherapie mit Videotelefon (B)**

In dieser Kategorie werden die Erfahrungen mit der äußeren Praxissituation, der Therapieindikation und den Grenzen der Skype-Therapie, die sich durch die Technik, durch die Diagnose und durch die gesetzlichen Richtlinien ergeben, dargestellt.

#### **B1 Äußere Praxissituation**

Alle Interviewpartner geben an, dass die Therapiestunden in der Screen-to-Screen-Therapie die gleiche Länge haben wie in der realen Therapiesitzung. Die Zeiten variieren zwischen 50 oder 60 Minuten oder eine Doppelstunde mit 90 Minuten.

Vier der Psychotherapeuten unterstreichen die Wichtigkeit der Gestaltung der Sitzung schon in der ersten Therapiestunde, sowohl von der Seite des Patienten, als auch von der Seite des Therapeuten. Drei davon weisen schon auf ihrer Homepage auf diese Besonderheiten hin. Es wird empfohlen, sich 10 Minuten vor und nach der Sitzung Zeit zu nehmen, sich einen ungestörten Platz zu suchen.

„I have to tell them – this is how you can make it comfortable – make your tea, take a pen and some paper, create your private space free of other people’s presence during the session.“ (IP 8)

Vier Gesprächspartner legen Wert auf die Beleuchtung, die Platzierung der Kamera und des Mikrophons. Sie schaffen einen neutralen Hintergrund, um bei den Skype-Gesprächen die volle Aufmerksamkeit des Patienten zu erhalten.

„I purposely have a blank screen behind me. [...] I create the lighting that is involved in my skype-therapy, I situate my microphone and my camera lens right where your eyes are [...] So I can increase the technical component of skype-therapy.“ (IP9)

## **B2 Therapieindikation**

Diese Kategorie erfasst die Äußerungen der Fachleute, wann sie sich für das Setting einer psychotherapeutischen Behandlung mit Videotelefon entscheiden. Alle Gesprächspartner sehen es als ihre therapeutische Pflicht, den Patienten die geeignete Behandlung zukommen zu lassen.

„Ich muss sicher sein, dass die Problemstellung die vom Patienten kommt, von der Methode, die ich über Skype anbieten kann, auch lösbar ist.“ (IP5)

Aufgrund einer genauen Diagnostik werden Patienten mit schweren psychischen Problemen an die geeigneten lokalen Psychotherapeuten oder Krankenhäuser weitervermittelt.

„Es gibt auf jeden Fall Klienten, die zu tief in ihren Pathologien drinstecken, um über Skype eine Linderung erfahren zu können. Das muss man natürlich abschätzen können, und solche Leute entsprechend anders einbinden als über Skype.“ (IP4)

„I don’t take on people with severe problems or crises. I recommend them to contact the local agencies or counsellors to take a face to face session.“ (IP 8)

Folgende diagnostische Gründe für eine Indikation mit dem Medium Videotelefon werden von den Fachleuten genannt:

- Leichte und mittelgradige depressive Episoden (9 IP)
- Anpassungsstörung (6 IP)
- Agoraphobie (4 IP)
- Panikstörung (4 IP)
- Generalisierte Angststörung (2 IP)

Weitere Anwendungsbereiche sind:

- Paartherapie (5 IP)
- Supervision (3 IP)
- Diagnostik (2 IP)
- Lebensberatung (5 IP)

In diesen Bereichen sammelten die Gesprächspartner bereits Erfahrungen und fühlten sich kompetent, den Patienten zu stützen und zu helfen.

### **B3 Grenzen**

Grenzen beim Einsatz von Psychotherapie mit Videotelefon beschreiben die befragten Spezialisten sowohl im methodischen und diagnostischen Bereich als auch bei gesetzlichen Regelungen.

Zwei der vier interviewten deutschen Psychotherapeuten weisen darauf hin, dass Psychotherapie in Deutschland über das Internet verboten ist, und dass sie aus diesem Grund psychotherapeutische Beratung anbieten. Zwei der Experten waren über den gesetzlichen Hintergrund nicht informiert.

Der Fachmann in Österreich war über den rechtlichen Hintergrund, eine Internetrichtlinie für Psychotherapeuten rät von der Nutzung des Internets in der Psychotherapie ab, nicht informiert.

In den Ländern Ungarn, Schweiz, Großbritannien, USA, Kanada, Vietnam und Australien gibt es keine gesetzlichen Einschränkungen Psychotherapie mit Videotelefon anzubieten. Sie sind erstaunt über die Restriktionen in Österreich.

„I don't understand, we are in the EU, Austria and Hungary also, so I am surprised that the internet therapy is forbidden in Austria. Because all of the world more and more people offers this service. I can't really understand why in Austria it is forbidden.“

(IP 11)

Es gibt für Bürger der USA die Einschränkung, psychotherapeutische Hilfe nur im eigenen Land zu suchen.

„There are some states in USA, legally the patients are not supposed to seek help from therapists outside of the country they are living in.“

Folgende persönliche Ausschlusskriterien werden von den Experten aufgezählt:

- Suizidalität (9 Interviewpartner)
- Schwere Persönlichkeitsstörungen (9 IP)
- Sucht (9 IP)
- Schwere Depression (7 IP)
- Psychosen (6 IP)
- Posttraumatische Belastungsstörung (5 IP)
- Wahn (1 IP)
- Autismus (1 IP)

Grenzen der Video-Psychotherapie werden auch aufgrund der mangelnden eigenen Erfahrung wahrgenommen.

„I don't work with psychotics. So I would not work through skype either. If I had worked with psychotics for 20 years successful as therapist, than I would do it with skype too.“

„Mir war sehr deutlich, dass das, was mir der Patient erzählt, und das, was er aus dem Umfeld rückgemeldet bekam, nicht übereinander passte, und ich habe ihn gefragt, ob er schon einmal von Autismus gehört hätte. Er hatte noch nicht davon gehört [...] Wir haben geschaut, wo er sich testen lassen kann, denn das mache ich nicht, was für ihn günstig ist und räumlich gut zu erreichen. Ja und dort ist er hingegangen, und jetzt hat er die Unterstützung, die er braucht. [...] Ich finde, das ist besonders gut geglückt, wenn man nach so kurzer Zeit einen Autismus über Skype erkennen kann – wirklich erstaunlich.“

Methodische Grenzen werden von drei Interviewpartnern aus Deutschland berichtet und von der Expertin aus der Schweiz.

„Ich arbeite gerne mit Impact-Techniken, es dürfte sehr schwierig sein, eine Timeline zu legen oder auch bei Paaren eine Skulptur zu stellen.“ (IP 2)

„Wenn deutlich ist, dass jemand sehr instabil ist, dann würde ich nicht tiefer gehend arbeiten, sondern einmal gucken, wo kann denn der angebunden sein, welche Möglichkeiten gibt es Vorort.“ (IP 3)

### **Zusammenfassung und Interpretation**

Ein wesentlicher Punkt der Untersuchung war, die Grenzen der Screen-to-Screen-Therapie aufzuzeigen. Neben der Kategorie Grenzen zeigte sich, dass die Befragten großen Wert auf die äußere Praxissituation und die Therapieindikation legten. Diese drei Subkategorien wurden zur Hauptkategorie Rahmenbedingungen zusammengefasst.

Bezüglich der äußeren Praxissituation steht für alle Interviewpartner das Bemühen im Vordergrund, die Sitzung mit Videotelefon für den Patienten so angenehm und störungsfrei wie möglich zu gestalten, um die Wirksamkeit einer Behandlung zu steigern. Die eigene Video-Praxis wird so eingerichtet, dass der Therapeut wahrgenommen wird, ohne dass schlechtes Licht, mangelhafte Tonqualität oder verschiedene Bilder an der Wand die Aufmerksamkeit des Patienten beeinträchtigen. Die eigene Ordination wird erweitert durch den Therapieraum des Patienten. Durch beide Räume soll ein therapeutisches Handeln in einer angenehmen Atmosphäre ermöglicht werden. Ein wesentlicher Punkt ist auch der Hinweis an den Patienten, sich

einen ruhigen, ungestörten Platz in der Wohnung für die Therapiestunde zu suchen, und auch einige Minuten zur Vor- und Nachbereitung einzuplanen. Die Länge der Therapiestunde mit Videotelefon wird von der Präsenztherapie übernommen. Anscheinend haben sich die Dauer und der Verlauf einer Live-Sitzung so eingepreßt, dass die befragten Therapeuten keine Änderung für nötig halten. Die Bedeutung der äußeren Praxissituation, die ein kleiner Baustein für eine erfolgreiche Psychotherapie ist, wird in der virtuellen Begegnung nicht vernachlässigt.

Wie bei jeder therapeutischen Tätigkeit, ob im realen Gespräch oder über das Videotelefon, muss eine Entscheidung bezüglich der Indikation getroffen werden. Grundsätzlich geht es dabei um die optimale Zuordnung von Patienten und Behandlung. Welche Therapieziele möchte man mit einem Patienten erreichen? Mit welchen Patienten kann man am besten arbeiten? Das bestätigt auch ein befragter Psychotherapeut, der nie mit Menschen mit Psychosen arbeitet, und deshalb auch nicht über Videotelefon. Er zieht den Rückschluss daraus, wenn er 20 Jahre erfolgreich mit diesen Patienten schon gearbeitet hätte, würde er auch über Videotelefon arbeiten. Das eigene Fachwissen wird geprüft: „Bin ich der geeignete Fachmann für den Hilfesuchenden?“ Daraus ergibt sich auch für den Patienten leichter die Möglichkeit, sich einen für seine Erkrankung spezialisierten Psychotherapeuten auszuwählen. Bei der Entscheidung in der Wahl des Fachmannes steht nicht mehr die Erreichbarkeit im Vordergrund, sondern sein Fachwissen.

Eine wesentliche Frage in der Therapieforschung formuliert Gordon L. Paul (1967, S. 111) wie folgt: „What kind of therapy, or elements there of, benefits what kind of client?“ Alle Interviewten setzen sich mit der Indikationsentscheidung sehr bewusst auseinander. Sie beurteilen genau jeden Fall, ob eine Psychotherapie mit Videotelefon angezeigt ist, wenn ja, welche psychotherapeutischen Maßnahmen können über dieses Medium durchgeführt werden und wie können diese Methoden dem Verlauf der Behandlung angepasst werden. Alle befragten Experten zeichnen sich durch Verantwortungsbewusstsein und Vorsicht im Umgang mit dieser wenig erforschten Therapiemöglichkeit aus. Sie berichten über gute Erfahrungen mit Psychotherapie mit Videotelefon bei leichten und mittelgradigen depressiven Phasen, Anpassungsstörungen, Agoraphobie, Panikstörung und generalisierter Angststörung.



Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zählt für fünf der zwölf Interviewpartner als Ausschlusskriterium, obwohl in der Studie über Posttraumatische Belastungsstörungen von Germain, Marchand, Bouchard, Paquin & Guay 2009 kein signifikanter Unterschied zwischen einer Face-to-Face-Behandlung und einer Screen-to-Screen-Behandlung festgestellt wird. Neun der Fachleute nennen schwere Persönlichkeitsstörung, Suizidalität und Suchterkrankungen als Kontraindikation. Schwere Depressionen werden von sieben, Psychosen von sechs Gesprächspartnern als Anlass gesehen, die Patienten andere Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Medikamentöse Behandlung, Autismus und Wahn werden jeweils von einem Psychotherapeuten als Grund genannt, den Patienten zu einer Face-to-Face-Therapie zu verweisen.

Es hat den Anschein, dass sich die befragten Psychotherapeuten mit der Indikation intensiv beschäftigen, und aufgrund ihrer langjährigen psychotherapeutischen Erfahrung, eine überlegte Entscheidung treffen. Mit den Patienten, die Fachleute für eine Psychotherapie mit Videotelefon nicht geeignet finden, einerseits aufgrund der Schwere der Diagnose oder aber auch wegen der eigenen Spezialisierung, erarbeiten sie eine Lösung. Die im Österreichischen Psychotherapiegesetz von 1990 verankerte Eigenverantwortlichkeit der Psychotherapeuten wird nicht nur vom österreichischen Interviewpartner sehr bewusst ausgeübt, sondern ist ein bedeutender Grundsatz für alle befragten Psychotherapeuten.

Am Beginn einer Therapie wird auch auf gesetzliche Einschränkungen aufmerksam gemacht. Deutsche Experten weisen darauf hin, dass es sich um eine psychotherapeutische Beratung handelt und nicht um eine intensive Psychotherapie. Patienten aus den USA, die in Kanada oder Großbritannien Hilfe suchen, werden aufgrund der gesetzlichen Restriktionen, keine psychotherapeutische Hilfe in einem anderen Staat zu suchen, andere Möglichkeiten empfohlen.

Konfrontative Strategien oder aufdeckendes Arbeiten bei instabilen Patienten werden von zwei interviewten Fachleuten als Grenze bei der Screen-to-Screen-Therapie angesehen. Diese Einstellung deckt sich nicht mit den Ergebnissen der bereits oben genannten Studien von Germain (2009) zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Auch die praktische Erfahrung einer befragten Therapeutin zeigt ein anderes Bild. Sie

berichtet von einer erfolgreichen Psychotherapie mit einer depressiven Patientin mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit.

Das Anwenden von Impacttechniken ist in der Psychotherapie mit Videotelefon nicht oder nur erschwert möglich.

Wichtig erscheint für alle Interviewpartner, dass die Regeln der Psychotherapie, wie immer eine Schule sie empfiehlt oder lehrt, beachtet werden müssen. So meint der österreichische Kollege mit langjähriger Therapieerfahrung: „Der Mensch wird sich gewöhnen, dass wir eben den Raum überbrücken können.“

#### **5.4 Therapeutischer Prozess (C)**

Die therapeutische Beziehung und die Bewältigung von therapeutischen Krisen stehen im Mittelpunkt dieser Hauptkategorie.

##### **C1 Therapeutische Beziehung**

Wenn die Screen-to-Screen-Therapie als Brückensitzung zur Fortsetzung einer Präsenztherapie aus verschiedenen Gründen, wie z. B. beruflichem Wohnortwechsel bei Musikern, Krankheit oder längerem Urlaub, genutzt wird, wird keine Änderung in der therapeutischen Allianz wahrgenommen. Als Verbindung zwischen zwei Face-to-Face-Sitzungen ist Videotelefon als Kommunikationsmöglichkeit ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

Fünf Interviewpartner binden mich als Interviewer in den Aufbau der therapeutischen Beziehung mit ein.

„We are forming a relationship right now, so the communication works [...] It is interesting how we could quickly form a defend relationship. We are already compains.“ (IP 12)

Die ersten Stunden sind beim Beziehungsaufbau wesentlich. Das gilt nicht nur für die Psychotherapie in Face-to-Face, sondern in besonderer Weise über den Bildschirm. Die Therapeuten haben professionelle Möglichkeiten beim Aufbau einer therapeutischen

Allianz, der Patient will Vertrauen fassen oder nicht. Technische Unsicherheiten von der Seite des Patienten verzögern die Etablierung einer tragfähigen Arbeitsgrundlage.

„With skype you need to take extra care to make the clients feel comfortable, because not only you are meeting for the first time but meeting with this screen. Sometimes I see that they feel a little bit uncomfortable to talk about their intim details with a stranger on skype. I have to take care about this in the beginning of the session. Some people say that they do like that, the comfort of having a session at home. In the beginning you have to make a therapy complience.“ (IP 8)

Ein Experte berichtet von einem Therapieabbruch nach der dritten Stunde. Es war ihm nicht gelungen, eine Beziehung aufzubauen.

Wenn es gelingt, eine Allianz aufzubauen, beschreibt IP 5 seine Erfahrungen folgendermaßen: „Beim Skypen geht es schneller und einfacher, über eine Schwelle zu schreiten, ab der psychologische Veränderung, eine Therapie, möglich ist. Auf eine angemessene Tiefe kommt man beim Skypen schneller als im richtigen Leben, weil die Angschwelle nicht so groß ist.“

Bei Psychotherapien, die ohne vorherigen persönlichen Kontakt, also nur aufgrund von Videokontakten entstehen, wird beim Interview neben der Frage der Beziehungsgestaltung auf die vom Therapeuten empfundene Tiefe der Allianz eingegangen. Alle Befragten sind sich einig, dass die therapeutische Beziehung etwas „anders“ ist, als bei einer Live-Sitzung. Dieses „anders“ ist nicht schlechter und nicht besser. Durch das Erzählen von außergewöhnlichen Ereignissen, die besonders berührt haben, soll die Intensität der Beziehung genauer analysiert werden. Die entstehende Nähe finden vier der Psychotherapeuten als erstaunlich und berührend.

IP 4 beschreibt die therapeutische Beziehung: „Ich betrachte das Arbeiten über Skype als Beratung, es ist eine erhebliche Kanalreduktion der zwischen dem Klienten und mir laufenden Informationen, d. h., selbst wenn ich das Gesicht sehe, nehme ich doch viele Nuancen der Stimmungsveränderung, der Hautrötung, der körperlichen Ruhe oder Unruhe nur eingeschränkt wahr [...] Mein Erleben ist, dass Beziehungen entstehen, und dass persönliche und vertrauliche Kontakte entstehen, Beziehungen, die im Verlauf der Beratung durchaus stützend und tragfähig sind.“

Nach den berührenden Momenten gefragt, erklärt derselbe Interviewpartner Folgendes: „Irritierend war für mich, und auch berührend, wenn Momente der Nähe, des Sharings und der Verbundenheit entstanden sind, und das zugleich mit einer so großen Distanz, mit einer so großen physischen Distanz gekoppelt war, die zwischen mir und dem Klienten bestand, das finde ich emotional schwer zu verankern.“

Zu einer berührenden Erfahrung befragt, erzählt derselbe Psychotherapeut: „Ich denke gerade an einen Geschäftsmann, der so in einem ziemlichen Dauerstress steht und dann vor dem Computer sitzt und mich fragt: „und was soll ich jetzt machen?“ Und dieser Moment, wo die Gesprächssituation umbricht und das erste Mal emotional wird, und man tatsächlich merkt, dass man einen Menschen erreicht – mit einer Tiefe, mit der er selber nicht gerechnet hat, und dann so merkt, dass der ruhiger wird und bisschen Pipi in den Augen hat, anders aus dem Gespräch hinausgeht, als er hereingekommen ist, dann ist das, was ich gerade beim Skypen ganz besonders schön finde - - - besonders anrühlig, also der Schritt aus der Anonymität heraus in ein echtes menschliches Miteinander.“

Die Interviewpartner in den europäischen Ländern sind überrascht, welche Tiefe in der therapeutischen Arbeit über Videotelefon erreicht wird. In den anderen Ländern, Kanada, USA, Vietnam und Australien, versetzt diese Tatsache keinen Experten in Erstaunen.

„What touched my heart? - - - I don't have some really separated I am afraid. - - I don't have it separated, of course there are many moments from all the clients which touched my heart, but I cannot remember one particular in skype that seems to be different.“

(IP 12)

Die Einsicht der Patienten zur mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit im therapeutischen Prozess zeichnet die Screen-to-Screen Therapie aus, so beschreiben es fünf Interviewpartner.

IP5 „Der Klient sitzt in seiner eigenen Wohnung, d. h. es ist für ihn nicht so bedrohlich, nicht so fremd, und damit lässt sich eine schöne Balance aufbauen, die so zwischen einer therapeutisch hergestellten Nähe und doch einer gewissen eigenständigen Distanz schwebt. Und das ist es, was das Arbeiten mit Skype auszeichnet und mitunter, wie ich

finde, gegenüber einem normalen Praxisbesuch dann wirkungsvoller macht. Also man stellt auf der einen Seite eine Nähe her, man hat einen guten Bezug zueinander, auf der anderen Seite ist man dabei in seinem gewohnten Rahmen und auf seinen eigenen Problembereich eingebunden.“

„Man hat weniger Kontrolle auf das Leben des Patienten, das kann ein großer Vorteil sein, die Problematik bleibt auf der Patientenseite, er neigt nicht dazu sie abzugeben und zu sagen „machen sie was!“ (IP 4)

Als weiteren Vorteil der Therapie mit Videotelefon beschreiben vier Gesprächspartner, dass sich die Patienten sehr konzentriert mit ihren Problemen auseinandersetzen.

„Das sind etwas andere Prozesse in der Skype-Beratung, als ich in sonstigen Psychotherapien beobachte, weil sie stärker fokussiert sind, - - - ja das fokussiert trifft es eigentlich. Der Prozess ist stärker gebündelt auf ein bestimmtes Thema.“ (IP 4)

Ein Therapeut unterstreicht die Möglichkeit der Anbahnung einer Face-to-Face-Therapie durch vorsichtiges Annähern über Videotelefon. Erst nach einigen Screen-to-Screen-Kontakten haben die Patienten so viel Vertrauen gefasst, dass sie eine Life-Sitzung in Betracht ziehen.

„Und dann gibt es noch die Leute, die so ein bisschen vorsichtig anfragen, wie denn so etwas [Therapie] aussehen würde. [...] Die sind zunächst nicht an einer intensiven therapeutischen Beziehung interessiert, sondern die wollen sehr genau testen, was kommt da auf mich zu.“ (IP 5)

## **C 2 Krisen**

Mit der Frage „Welche Krisen mit Ihren Patienten im therapeutischen Prozess sind Ihnen noch in Erinnerung in der Videotherapie?“ sollten die tatsächlichen und nicht die vermuteten Grenzen vom Einsatz von Skype aufgezeigt werden.

Keiner der Interviewpartner berichtete über außergewöhnliche Krisen im therapeutischen Prozess.

„Mit Skype gibt es natürlich genauso Krisen, wie es sie normal gibt. Aber die Menschen kommen ja wegen Krisen!“ (IP 1)

Alle interviewten Experten denken bei der Frage nach Krisen zuerst an technische Krisen, wie Unterbrechung der Verbindung oder dass Wortfetzen verloren gehen. Vier befragte Therapeuten geben an, aufgrund technischer Schwierigkeiten eine Sitzung schon mit dem Telefon beendet zu haben. Keine technische Krise hat zum Therapieabbruch geführt.

„Technische Probleme kommen immer wieder vor, dass Skype auf der anderen Seite abstürzt. [...] wenn sich beide darauf eingelassen haben - wir sind jetzt über Skype zusammen, und dabei können manche Sachen schief gehen, auch einmal ein paar Worte verloren gehen, oder vielleicht bricht die Verbindung ab - dann finde ich das auf der menschlichen Seite der Beziehung nicht sehr problematisch - - - ich überlege - - eigentlich habe ich jede Skype-Sitzung in beiderseitigem Einvernehmen gut zu Ende bekommen.“ (IP 5)

IP 8 bindet die Unterbrechung in die Therapie ein: „You are middle of the session and the line gets cut off. [...] this is not very nice. But on the other hand, in the kind of therapy, the modality that I studied, you are also supposed to use that crises moment, as something meaning, for example people want to take a break, but cannot say they want to take a break. Instead of saying this is problematic you can also use it. [...] That is how you can use the crises moment.“

Zwei Therapeuten berichten von Unterbrechungen während einer geleiteten Imagination, die für den Patienten zu keiner Beeinträchtigung führte.

„Once it happened during the session, when the client has closed his eyes and he went to some memories and he was deeply in, just fully opened and fully sitting in the emotional state, and baaaah the line droped [...] I was ashamed that I left my client in that state, I know that it was not my fault. And when we find the line, it was ok. She didn't freak out, there was no major problem. I asked her to go back there and we tried it again.“ (IP 7)

## **Zusammenfassung und Interpretation**

Die dritte Hauptkategorie beschäftigt sich auf der einen Seite mit der therapeutischen Beziehung, die die zweite Forschungsfrage betrifft, und auf der anderen Seite mit dem Umgang mit Krisen.

Ein häufiges Vorurteil bei Psychotherapien, die nicht im herkömmlichen Sinn persönlich zwischen Therapeuten und Patienten stattfinden, ist, dass eine qualitativ hochwertige therapeutische Beziehung nicht zustande käme. Nicht nur Alltagserfahrungen zeigen, dass Beziehungen im Internet geknüpft werden können, sondern auch Studien (Germain 2009, Rees 2005) belegen, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der therapeutischen Beziehung zwischen Präsenz- und Videotherapie gibt. So war es für diese Untersuchung von großem Interesse, welche Unterschiede in der Beziehungsgestaltung von den Psychotherapeuten in den beiden Therapiesettings wahrgenommen wurden, und welche Auswirkungen diese auf den Therapieverlauf hatten.

Der therapeutische Prozess basiert immer auf einer kommunikativen Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten. Somit stellt die Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine grundlegende Voraussetzung dar. Sie ist ein notwendiges, nicht aber schon hinreichendes Mittel für einen Therapieerfolg. Die Bemühungen um einen adäquaten Beziehungsaufbau in der Eingangsphase hat große Bedeutung. (Kanfer, 2000)

Alle interviewten Psychotherapeuten blicken auf eine mehrjährige therapeutische Praxis zurück. Sie wissen um die Bedeutung einer tragfähigen Beziehung. Die Befragung zeigte, wenn es die Möglichkeit des Aufbaus der therapeutischen Allianz in Präsenz-Sitzungen gibt, so wird dieser Weg bevorzugt. Falls die Therapie mit Videotelefon die Funktion hat, längere berufliche oder persönliche Auslandsaufenthalte oder Krankheiten zu überbrücken, kann weder eine Beeinträchtigung der Beziehung wahrgenommen werden, noch hat dieses Medium negative Auswirkungen auf den Therapieprozess. Vielmehr ist es ein geeignetes Mittel, die laufende Therapie zu stützen und den Erfolg zu gewährleisten.

Gibt es kein persönliches Gespräch in der Ordination, sondern läuft der Kontakt nur über Videotelefon, so beschreiben die Befragten die psychotherapeutische Allianz als „anders“. Dieses „anders“ ist wertfrei und bedeutet nicht, dass der Erfolg einer Skype-Therapie dadurch beeinträchtigt wird. Es bedeutet auch nicht, dass es zu keiner tiefen Beziehung kommen kann. Die empfundene Tiefe und die Reaktionen der Patienten, das Einlassenkönnen auf die Nähe zum Therapeuten, trotz der räumlichen Trennung, versetzen die deutschsprachigen Psychotherapeuten in Erstaunen. Bei der Frage nach berührenden Momenten in einer Skype-Therapie weisen sie darauf hin, dass sie die tiefe Verbundenheit schwer in ihre Erfahrungen einordnen können. Ganz im Gegensatz dazu erinnert sich die australische Interviewpartnerin an viele berührende Momente in Therapien, allerdings ob das in einer Screen-to-Screen- oder in einer Präsenzsitzung war, das kann sie nicht mehr sagen. Es scheint, dass das psychotherapeutische Arbeiten, über Videotelefon, auf der anderen Seite der Erde, z. B. in Australien, bereits zu einer selbstverständlichen Form des Settings geworden ist. Im Vordergrund steht, die geeignete Hilfe für Menschen mit Problemen anzubieten. Ob diese Hilfe nun psychotherapeutische Beratung oder Psychotherapie genannt wird, oder ob sie als Life-Sitzung oder Screen-to-Screen-Sitzung angeboten wird, scheint vor dem Hintergrund der Bedeutung der psychosozialen Versorgung zu einer Nebensächlichkeit zu verblassen.

Durch die eingeschränkte Wahrnehmung über den Bildschirm ergeben sich für den Therapeuten und den Patienten vermutlich mehr Projektionsmöglichkeiten. Der Patient kreiert seinen eigenen „perfekten“ Therapeuten. Ein Interviewpartner (IP4) beschreibt die Situation, nachdem er eine Patientin nach erfolgreicher Skype-Therapie persönlich kennenlernte, als „Melange von Kennen und nicht Kennen“. Durch den Wegfall von zusätzlichen Informationen, wie z. B. Kleidung, Figur, Geruch, Praxiseinrichtung, Bilder, steht das eigentliche Problem des Patienten im Mittelpunkt. Der Patient fokussiert sein Problem und will dieses mit Eigenverantwortung lösen. Anscheinend wird ihm durch die räumliche Trennung intensiver bewusst, einen eigenen Beitrag zur Therapie zu leisten. Obwohl der Patient auf der einen Seite bereit ist, seinen Therapeuten in seine Wohnung, an einen ruhigen Platz, zu lassen, bestimmt er, wie viel Nähe er zulassen will. Bei Bedarf kann er die Verbindung selber sofort trennen.



Die Frage nach der Bewältigung von Krisen im therapeutischen Prozess, mit der erlebte, und nicht nur aus Vorsicht gesetzte Grenzen beschrieben werden sollten, wird von zehn Therapeuten sofort mit der Beschreibung technischer Beeinträchtigungen durch das Videotelefon, wie z. B. Unterbrechung der Leitung, Worte gehen verloren, beantwortet. Erst durch nochmaliges Nachfragen nach therapeutischen Krisen wird darauf eingegangen. So erlebt kein Therapeut außergewöhnliche Krisen, die aufgrund der räumlichen Distanz nicht zur Zufriedenheit mit dem Patienten gelöst werden können. Offenbar wirken sich Unterbrechungen der Skype Sitzung nicht nachteilig auf die therapeutische Beziehung aus. Das steht auch im Einklang mit der Studie von Germain (2009). Technische Probleme, wie verzögerte Sprachübermittlung oder Unterbrechungen der Übertragung, haben keine negative Auswirkung auf die Tiefe der Verbundenheit. Durch die sorgfältige Auswahl der Patienten bezüglich der Diagnose und der Auseinandersetzung mit den eigenen Kompetenzen kommt keiner der befragten Psychotherapeuten in eine Situation, die für einen Patienten unangenehm oder nicht bewältigbar erscheint.

Einen nicht zu vernachlässigenden Aspekt beschreibt ein deutscher Kollege. Vorsichtige Menschen, die vorerst keine intensive Beziehung wünschen, wenden sich mit einer Videositzung an einen Therapeuten, um sich vorzutasten und zu informieren. Besteht der Psychotherapeut den Test, und ist die therapeutische Beziehung gefestigt, entscheiden sie sich nach einigen Stunden für eine Life-Sitzung.

Die psychotherapeutische Allianz in einer Screen-to-Screen-Therapie unterscheidet sich von der einer Face-to-Face-Therapie, eine Beeinträchtigung des therapeutischen Prozesses oder nicht bewältigbare Krisen können nicht wahrgenommen werden.

## **5.5 Zukunftsperspektiven (D)**

Bei der Kategorie „Zukunftsperspektiven“ ergaben sich bei der Auswertung der Interviews drei Subkategorien, und zwar der gesetzliche Hintergrund, die technische Entwicklung und der eigene persönliche Ausblick.

## **D1 Gesetzlicher Hintergrund**

Alle vier deutschen Interviewpartner erwarten sich von den Berufsverbänden Regelungen bezüglich Ausübung von therapeutischer Beratung mit Videotelefon und eine Markttransparenz, damit Außenstehende, die keine Erfahrungen im psychotherapeutischen Bereich haben, leichter die geeignete Hilfe finden, die sie brauchen. Ein weiterer Wunsch ist die Unterstützung von Forschungsprojekten neuer psychotherapeutischer Konzepte.

„Es bieten sich sehr leicht Möglichkeiten, dass auch nichtprofessionelle Therapeuten damit arbeiten. Da kann ich mir vorstellen, dass es dann unsere Berufsverbände auch spannend fänden, wie man das schützen kann. Eine Zugangssicherung - wenn ich jemanden an-maile, weiß ich nicht, welche Persönlichkeit sich da wirklich verbirgt. Wie kann man sicherstellen, dass nur fundierte Fachkräfte dahinterstehen?“ (IP 3)

„Wir müssen eine Markttransparenz schaffen, damit Außenstehende, die keine therapeutische Erfahrung haben, vielleicht irgendein System vorfinden, in dem sie lernen können, wo muss ich eigentlich hin mit dem, was mich da bedrückt.“ (IP 5)

Die Interviewpartner aus Großbritannien, der Schweiz, Ungarn, Kanada, USA und Vietnam äußern keine Erwartungen an den Gesetzgeber.

Der österreichische befragte Fachmann erwartet sich klare Regelungen, bezüglich der Ausübung von Psychotherapie mit Videotelefon.

Während in Österreich und Deutschland die Psychotherapie mit Videotelefon noch von allen Seiten, ob Therapeuten, Patienten oder Gesetzgeber, sehr skeptisch und zurückhaltend betrachtet wird, äußert die australische Kollegin bereits folgende Zukunftsvisionen:

„Not to replace face-to-face-therapy with skype. It is really good if it is adding to the choice, another way that you can do it as well. [...] It is definitely the discussion here in Australia to replace face-to-face-therapy. [...] It is more economical and this is worrying. You can have therapists only in a couple of cities - - - we are like call-centers - - - that is a nasty future. “

## **D2 Technische Entwicklung**

Kein Interviewpartner zweifelt daran, dass die jetzigen technischen Unzulänglichkeiten, wie leichte Asynchronität bei den Dialogen, Unterbrechungen der Leitungen oder Bildstörungen, in Zukunft behoben werden.

„Also ich gehe davon aus, dass die technischen Schwierigkeiten verschwinden werden und dass die Videotelefonie so selbstverständlich wird, wie heute das Telefonieren.“

(IP 6)

Die Vorstellungen für die nahe Zukunft sind auch die Nutzung anderer sozialer Netzwerke wie Facebook.

„Ich glaube auch, dass man dann noch erleben wird, dass soziale Netzwerke eine Rolle spielen werden. [...] Niemand hätte gedacht, dass sich Skype so entwickelt, und Facebook ist ein eigenes Phänomen, und wir werden noch mehr dergleichen sehen. Gerade habe ich eine Einladung von einer Kollegin erhalten, über Therapie in Facebook, und das guck ich mir einmal an, was sie damit macht, und was da geschieht, da bin ich sehr neugierig.“ (IP 6)

„I tell you about my most successful case, the case that proofed me, that something is going on beyond the telecommunication of techniques, that once I made a session over facebook – I didn't expect that to happen, but it happend.“ (IP 7)

## **D 3 Persönlicher Ausblick**

Befürchtungen, dass es nur mehr Psychotherapie mit Internet gäbe, werden von den Therapeuten aus Deutschland und der Schweiz und Ungarn geäußert.

„Ich fände es traurig, wenn wir uns nur mehr über Bildtelefone unterhalten würden und keine wirklich echte menschliche Nähe da ist, und man sich nicht einmal mehr die Hand schütteln könnte.“ (IP 3)

„We should not forget the real space, which is a danger of cyber culture. A skype-therapy is not a substitute for a real life, but an aid if it is in the real life not available.“

(IP 7)

Ein befragter Experte denkt, dass das Arbeiten über Skype immer eine Nische bleiben wird, und nicht an Bedeutung und Volumen zunehmen wird. Alle anderen Interviewten erwarten sich eine Ausbreitung dieses Settings und sehen viele Chancen in der Zukunft. Jeder Patient soll gestärkt werden, den Psychotherapeuten wählen zu können, den er für passend hält. Mobilität, kulturelle und gesellschaftliche Einschränkungen spielen bei der Auswahl keine Rolle mehr.

„This is the future and this means that people around the planet can get what they want from whom they need it from and not be constricted and constrained by the practicalities of an office and by the people in their culture, if they have thoughts outside their culture, people around the globe needs this.“ (IP 9)

„Ich wäre hochgradig froh, falls mir etwas passieren würde, und ich mich von zu Hause nicht mehr hinausbewegen könnte, dann wäre ich natürlich heilfroh, dass ich weiß, dass es funktioniert.“ (IP 3)

Alle Interviewpartner sehen die Vorteile einer Psychotherapie mit Videotelefon, bringen aber deutlich zum Ausdruck, dass die Face-to-Face-Therapie nicht ersetzt werden soll, sondern dass die Screen-to-Screen-Therapie als Ergänzung im psychotherapeutischen Angebot gesehen wird.

„I think online-therapy has its own benefits [...] but also in the same time I see the benefits of face-to-face-therapy with the actual physical presents.“ (IP 8)

### **Zusammenfassung und Interpretation**

In der letzten Forschungsfrage, die das Interview leitete, standen die Vorstellungen und Assoziationen der befragten Psychotherapeuten über die Zukunft Psychotherapie mit Videotelefon im Mittelpunkt. Dabei kristallisierten sich drei Unterkategorien heraus, die Wünsche an die Gesetzgeber, an die Technik und den persönlichen Ausblick der Interviewten.

Bis auf einen Interviewpartner sind alle überzeugt, dass Psychotherapie mit Videotelefon eine wachsende Bedeutung erlangen wird. Man sieht die Gefahr, dass Menschen ohne fundierte Ausbildung Psychotherapie mit Videotelefon anbieten, unter klingenden Namen wie z. B. Cyber-Therapie, Screen-to-Screen-Therapie, Telemental-

Health-Therapie. Hier richten sich die Erwartungen an den Gesetzgeber. Wünschenswert wäre eine Zusatzausbildung oder Einschulung der Psychotherapeuten, die Psychotherapie bzw. psychotherapeutische Beratung in ihr Therapieangebot aufnehmen möchten. Eine Liste mit zertifizierten Psychotherapeuten wäre vorstellbar, ähnlich wie in Österreich die Liste der Psychotherapeuten, für alle über das Internet abrufbar. Es sollte für den Hilfesuchenden nicht nur die Möglichkeit bestehen, die Identität des Anbieters zu überprüfen, sondern auch im weiten Feld der Angebote einen Leitfaden zu finden, wo und wie finde ich wen, für welches Problem. Eine Markttransparenz zu schaffen, wäre eine Zukunftsvision. Der Hilfesuchende könnte die Seriosität des Angebotes überprüfen, der Psychotherapeut könnte seine Kompetenzen glaubwürdig und offen darstellen.

Ganz andere Erwartungen hat die Psychotherapeutin aus Australien. Aufgrund der nachgewiesenen gleichen Wirksamkeit von Screen-to-Screen-Therapie und Präsenztherapie und der niedrigeren Kosten einer Psychotherapie mit Videotelefon, möchte die Regierung die Präsenztherapie ersetzen. Ein Horrorszenarium erscheint vor den Augen der Befragten. Psychotherapeuten, nur mehr in größeren Städten, sie werden bewusst zentralisiert ausgewählt – ähnlich wie ein Callcenter. Es ist wichtig festzuhalten, dass eine Therapie mit Videotelefon niemals eine Präsenztherapie ersetzen kann, sie soll aber ein zusätzliches Angebot für Menschen sein, die sonst keine Möglichkeit, haben, eine Psychotherapie zu nutzen.

Der Fortschritt in der Technik wird es ermöglichen, ohne Störungen, wie verzögerte Sprachübermittlung oder Abbruch der Verbindung, Therapiesitzungen abzuhalten – das sind die Zukunftserwartungen aller befragten Psychotherapeuten. Die Vorstellung, dass in Zukunft 3D Bilder übermittelt werden können, lässt das Zusammentreffen noch lebensnaher erscheinen. Neben den technischen Möglichkeiten werden sich neue soziale Netzwerke entwickeln, die für die Psychotherapie ebenfalls von großer Bedeutung werden können. So wird von zwei Therapeuten auf Facebook verwiesen, das an Stellenwert täglich zunimmt. Gerade beim Schreiben dieser Zeilen (Juli 2011) wird in den Nachrichten verkündet, dass Facebook in den nächsten Wochen eine Möglichkeit der Face-to-Face-Kommunikation bieten möchte und zwar gemeinsam mit Skype. Nicht nur Jugendliche nutzen Facebook, auch deren Mütter und Väter, um rascher zu

Urlaubsbildern oder Informationen ihrer Kinder zu kommen, die Wirtschaft, von der kleinen Apotheke am Land bis zu den Fluglinien, und der Rundfunk. Viele Visionen lassen sich auch für die psychosoziale Versorgung darstellen, z. B. Selbsthilfegruppen für Depressionen auf Facebook, die gleichzeitig mit Informationen und realen Möglichkeiten zum Aktivitätsaufbau unterstützt werden, oder Gruppen für Menschen mit sozialen Ängsten, die gemeinsam einen Restaurantbesuch planen und ausführen, oder pflegebedürftige Menschen, die über Videokonferenz betreut werden, inhaftierte Menschen, denen eine Psychotherapie angeboten werden kann. Die Möglichkeiten der Kommunikation werden erweitert. Welchen Nutzen kann in Zukunft die Psychotherapie daraus ziehen?

In der Subkategorie über den persönlichen Ausblick wurden auf der einen Seite die Ängste und auf der anderen Seite der Nutzen dargestellt.

Die Befürchtung, dass die Psychotherapie in weiter Zukunft nur mehr über Videotelefon laufen werde, äußerten die Befragten aus Deutschland, der Schweiz und Ungarn, also nicht nur für die Psychotherapeutin aus Australien eine schreckliche Vorstellung. Keine Hände mehr schütteln, kein Parfum mehr riechen, keine unruhigen Füße mehr sehen, sondern nur mehr ein Bild am Computer, so soll die Zukunft der Psychotherapie nicht aussehen. Die Cyberwelt soll kein Ersatz für das richtige Leben werden.

Für die Therapeuten in Großbritannien, Kanada, USA und Vietnam steht die Idee im Vordergrund, die geeignete Psychotherapie jedem zugänglich zu machen. Weder körperliche Behinderungen noch geografische Gegebenheiten, noch politische oder kulturelle Einstellungen sollen Gründe dafür sein, eine notwendige Hilfe nicht zu bekommen. Die Menschen sollen die Gelegenheit wahrnehmen und gestärkt werden, eine Psychotherapie nach ihren Wünschen mit kompetenten Fachleuten zu bekommen. Eine Interviewpartnerin findet es sehr beruhigend für ihre eigene Zukunft, falls sie einmal nicht mehr aus dem Haus gehen kann, dass es Skype gibt. Eine erfreuliche Zukunftsperspektive ist, dass ältere Menschen länger zu Hause betreut werden könnten, und dass bei einer Übersiedlung ins Altersheim – aus welchen Gründen auch immer – der eigene Laptop nicht fehlen darf.

Die Zukunftserwartungen der Interviewpartner erscheinen nicht als Visionen oder utopische Phantasien. Die Zukunft erscheint greifbar nahe. Die Überlegungen richten sich an den Gesetzgeber oder die Berufsverbände, um Klarheit über das zukünftige Berufsbild zu schaffen. Die Verbesserungen der Technik werden nicht angezweifelt, das soziale „Netzwerken“ wird auch vor der Psychotherapie nicht haltmachen. Die Ausführungen zu den eigenen Ausblicken spiegeln die vorsichtige, verantwortungsbewusste Einstellung aller interviewten Fachleute: „I think online-therapy has its own benefits [...] but also in the same time I see the benefits of face-to-face-therapy.“ (IP 8)

## **6. Schlussfolgerungen**

Der Einsatz des Internets ist im Alltag fest verankert und in den täglichen Lebensgewohnheiten eines überwiegenden Teils der Gesellschaft eingebunden. Trotzdem wird die Einbindung sehr kontrovers diskutiert (Döring 2003). So warnen pessimistische Stimmen vor Informationsüberflutung, Erreichbarkeitszwang, Sprachverfall und Verschärfung sozialer Ungleichheit im Zusammenhang mit Internetnutzung. Optimistische Stimmen hingegen würdigen die gesteigerte Flexibilität, Individualität, gesellschaftliche Partizipation und soziale Integration. Beide Seiten sind pauschalierend und verhindern den Blick darauf, die Möglichkeiten und die Grenzen dieses Mediums zu erkennen. Eine aktuelle repräsentative Befragung (Eichenberg 2010) in Deutschland ergab, dass für die Hälfte aller deutschen Nutzer das Internet bei psychischen Problemen eine Anlaufstelle wäre. Es scheint an der Zeit, sich wissenschaftlich fundiert vermehrt mit der Faszination und den Grenzen der Psychotherapie im Internet auseinanderzusetzen. Die Nachfrage nach psychotherapeutischer Hilfe ist bereits vorhanden. Das bestätigt auch diese vorliegende Studie. Elf der zwölf interviewten Psychotherapeuten reagierten auf die Anfrage eines Patienten und boten daraufhin Psychotherapie via Videotelefon an. Es wäre schade, wenn dieser sehr sensible Bereich der psychosozialen Versorgung von unseriösen Psychohelfern überschwemmt würde.

Die hier vorliegende qualitative Studie beschäftigt sich mit dem Einsatz von Videotelefon in der Psychotherapie. Mit einem strukturierten Experteninterview werden die Aspekte der Psychotherapeuten dargestellt, sich auf eine Psychotherapie mit Videotelefon einzulassen. Außerdem werden Unterschiede in der Beziehungsgestaltung, die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung, die Grenzen einer Screen-to-Screen-Therapie Therapie und die Erwartungen der Psychotherapeuten an die Zukunft aufgezeigt.

Es wurden zwölf Psychotherapeuten mit mehrjähriger psychotherapeutischer Erfahrung und mit Fachwissen auf dem Sektor Psychotherapie mit Videotelefon per Skype befragt. Die Interviewpartner wurden durch Zufall über das Internet ausgewählt und gehörten verschiedenen Therapieschulen an. Sie hatten ihre Praxis in Österreich, der Schweiz, Deutschland, Ungarn, Großbritannien, Kanada, USA, Vietnam und Australien. Sechs Interviews wurden in deutscher Sprache geführt, sechs in englischer Sprache.

Aufgrund der inhaltsanalytischen Auswertung der transkribierten Interviews ergaben sich folgende vier Hauptkategorien:

- Rückblick – Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon
- Rahmenbedingungen
- Therapeutischer Prozess
- Zukunftsperspektiven

In der Kategorie Rückblick, bei der der Einstieg in die Psychotherapie mit Videotelefon untersucht wurde, zeigte sich, dass die flexible, mobile und technisch aufgeschlossene Lebensweise der Psychotherapeuten Einfluss darauf hat, sich für diese neue, wenig erforschte Art der Psychotherapie zu entschließen und auch fortzusetzen. Eine Übersiedlung, sei es die vom Therapeuten oder die des Patienten, war ein Hauptgrund für eine Screen-to-Screen-Therapie. Kulturelle, politische und religiöse Einschränkungen in einem Staat, gesellschaftliche Normen in kleinen Ortschaften, geografische Gegebenheiten und die gezielte Suche nach einem speziell geschulten Psychotherapeuten sind wesentliche Aspekte, die für eine Behandlung mit Videotelefon sprechen. Körperliche Erkrankungen beeinträchtigen nicht die Wahl des Therapeuten.



Die Erweiterung des Therapieangebotes und die Vermittlung von aktuellen therapeutischen Erkenntnissen auf niederschwelligem Niveau für Hilfe suchende Menschen sind zusätzliche Motivationen. „Out-of-box-thinking“ und Freude und Befriedigung bei der Arbeit kennzeichnet die Einstellung der befragten Experten. Sie leben im 21. Jahrhundert und nutzen die Technologie des 21. Jahrhunderts.

Bei der Kategorie Rahmenbedingungen legen die Befragten großen Wert auf die äußere Praxissituation und die Indikation. Die Sitzung mit Videotelefon soll möglichst effektiv sein. Das richtige Licht, die geeignete Kamera- und Mikrofoneinstellung, ein weißer Hintergrund, der keine Ablenkungen zulässt, und ein ruhiger ungestörter Platz für den Patienten sind Hinweise, um die virtuelle Begegnung so angenehm wie möglich zu machen. Bei der Frage der Indikation steht folgendes Leitmotiv im Vordergrund: „Was ist für diesen Patienten mit diesem Problem die effektivste Behandlung, durch wen und unter welchen Umständen?“ Gesetzliche und diagnostische Grenzen, wie schwere Depression, Suizidalität, Posttraumatische Belastungsstörung, schwere Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Wahn und Psychosen werden genauestens eingehalten - die eigene Kompetenz ebenfalls genau überprüft. Die Regeln der eigenen psychotherapeutischen Schulen werden bei der Behandlung angewandt.

Die Kategorie Therapeutischer Prozess zeigt die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung auf. Die Experten geben an, dass eine tragfähige Beziehung über Videotelefon aufgebaut werden kann, in der Momente der tiefen Verbundenheit wahrgenommen werden. Sie wird als „anders“ bezeichnet, was nicht schlechter oder besser ist. Es scheint, dass die Patienten durch die Nähe auf Distanz ihre Probleme besser fokussieren und diese mit mehr Eigenverantwortung schneller lösen wollen. Technische Störungen wirken sich nicht auf die therapeutische Allianz aus.

Bei der Frage nach Krisen rückten sofort die technischen Unterbrechungen in den Vordergrund. Keiner der Befragten konnte von therapeutischen Krisen berichten, die nicht zur Zufriedenheit des Patienten bewältigt wurden. Das könnte auch auf die sorgfältige Auswahl der Patienten zurückzuführen sein.

In der Kategorie Zukunftsperspektiven richten sich die Wünsche an den Gesetzgeber und an die Technik. Bei den Visionen ist man überzeugt, dass die technischen

Schwierigkeiten, wie Unterbrechungen, leichte Asynchronität bei den Gesprächen, in naher Zukunft behoben werden können. 3D Bilder können das Gespräch noch lebensnaher erscheinen lassen. Neben der Kommunikation über Videotelefon sind die Interviewpartner überzeugt, dass neue soziale Netzwerke entstehen werden, und diese eine wachsende Bedeutung für die Psychotherapie erlangen. Vom Gesetzgeber wünscht man sich in Deutschland Regelungen zur Qualitätssicherung und eine Zusatzausbildung. Patienten soll die Möglichkeit geboten werden, geeignete Hilfsangebote rasch zu finden und auf ihre Seriosität zu prüfen. Interviewpartner aus Großbritannien, der Schweiz, Ungarn, Kanada, USA und Vietnam haben keine Erwartungen an den Gesetzgeber. In Australien befürchtet man, dass die reale Psychotherapie durch Psychotherapie mit Videotelefon aus Kostengründen ersetzt wird.

Die Vorstellungen der interviewten Psychotherapeuten für die Zukunft sind, jedem die geeignete Behandlung zugänglich zu machen. Körperliche Behinderungen, geografische Gegebenheiten, politische, religiöse oder kulturelle Einstellungen sollen keine Kontraindikationen für eine Psychotherapie sein. Für alle befragten Psychotherapeuten steht fest, dass die Screen-to-Screen-Therapie das Angebot in der psychosozialen Versorgung erweitern, die Präsenztherapie aber nicht ersetzt werden soll.

Psychotherapie per Mausklick? Auf den ersten Blick erscheint es fast unvorstellbar. Doch nach intensiver Beschäftigung mit diesem Thema zeichnet sich ab, dass es eine große Herausforderung für die Psychotherapieforschung in der Zukunft wird. Schon jetzt kann man erkennen, dass das Internet die psychotherapeutische Versorgung – die Vorsorge, die Behandlung und die Nachsorge – wesentlich bereichern kann. Während sich im deutschsprachigen Raum die Studien über internetbasierte Psychotherapie verdichten, scheint die Psychotherapie mit Videotelefon etwas vernachlässigt zu werden. Wenn man sich auf der Website von US National Institutes of Health (16. August 2011, <http://clinicaltrials.gov>) vertieft, erkennt man doch das internationale zunehmende Interesse in diesem Bereich. Die ersten Studien zum Thema Psychotherapie mit Videotelefon sind vielversprechend. Doch alle Studien eröffnen viele weitere Fragen: Welche Patientengruppen sind für eine Screen-to-Screen-Therapie besonders geeignet? Welche Persönlichkeitsfaktoren sind sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten förderlich? Wo sind die Grenzen der Psychotherapie mit

Videotelefon? Für wen passt welche Therapie? Ist ein Patient nach einer erfolglosen Screen-to-Screen-Therapie noch bereit, eine Präsenztherapie zu nützen? Die Psychotherapieforschung steht am Beginn eines sich rasant ausbreitenden Mediums, das die Kommunikationsmöglichkeiten erweitert. Das Internet mit seinen Möglichkeiten ist eine spannende, aktuelle und zukunftssträchtige Chance die psychotherapeutische Versorgung auszuweiten.

Zufrieden blicke ich auf ein halbes Jahr intensiver Arbeit mit dem Thema Psychotherapie mit Videotelefon zurück. Die intensiven Recherchen, die durch die rasche und unbürokratische Hilfe von Stephan Bouchard, Thomas Berger und Horst Mitmansgruber, unterstützt wurden, führten mich zu kompetenten Kollegen und Gesprächspartnern in der ganzen Welt. Diesen möchte ich besonders danken für ihre Bereitschaft zu einem Interview. Mit ihren Erfahrungen, Überlegungen, ihren Einstellungen und Werthaltungen trugen sie zum Gelingen dieser Arbeit wesentlich bei. Für mich war die Begegnung mit all diesen Experten, sei es persönlich, per Mail oder über Skype, eine große Bereicherung in meinem Leben. Neue Ziele haben sich eröffnet.

## **Conclusion**

Our everyday life is determined by the use of Internet and its use is integrated into the daily living habits of the major part of our society. Nevertheless, the discussion about the integration is highly controversial (Döring 2003). On one hand, pessimistic voices warn of an overload of information, forced accessibility, the deterioration of the language and the enlargement of social inequality in connection with the use of Internet. On the other hand, optimistic voices appreciate the increased flexibility, the individuality, the social participation and the social integration. Both sides act in a generalizing way and prevent to see the possibilities and limits of this medium. A recent representative survey (Eichenberg 2010) in Germany revealed that half of all German Internet users in case of mental health problems would first contact the Internet.

It seems to be high time to examine more scientifically the fascination and the limits of psychotherapy on the Internet. The demand of psychotherapeutic help exists and is already there which is also confirmed by this present study. Eleven out of twelve psychotherapists, who were interviewed, responded to the request of a patient and then offered psychotherapy via videophone. It would be a shame if this very sensitive area of mental health care would be flooded by dubious psychological helpers.

The present qualitative study explores the use of videotelephone in psychotherapy. The aspects of the psychotherapists of how to deal in psychotherapy with a video phone, are presented by a structured interview with an expert. In addition, this study shows the differences in the formation of relationships, the characteristics of the therapeutic relationship, the limits in a screen-to-screen treatment and the expectations of psychotherapists' for the future.

Twelve psychotherapists with many years of psychotherapeutic experience and expertise in the sector psychotherapy with Skype video phone were interviewed. Those people were found by a random selection on the Internet and belonged to different schools of therapy. They had their practices and consulting rooms in Austria, Switzerland, Germany, Hungary, Great Britain, Canada, USA, Vietnam and Australia. Six interviews were conducted in German, six in English.

Due to the results of the content analysis of the transcribed interviews the following four main categories could be found:

- Review - entry into psychotherapy with videophone
- General regulations
- Therapeutic process
- Future prospects

In the category of review, where the introduction to the psychotherapy by using video phone was examined, it was found out, that the flexible, mobile and technically-minded life of psychotherapists influences the decision to try out and use this new, little-explored type of psychotherapy. The major reason for a screen-to-screen treatment was

the move to another place to live, either by the therapist or the patient. Cultural, political and religious restrictions in one state, societal rules and norms in small towns, geographical features and the systematic search for a specially trained psychotherapists are essential aspects that argue for a treatment with videophone. Physical illnesses do not affect the choice of therapists. Additional motivations to use this method are the expansion of the range of therapies and the supply of current therapeutic knowledge on low-level for people seeking help. "Out-of-box thinking" and joy and satisfaction at work characterize the attitude of those experts. They live in the 21<sup>st</sup> century and are willing to use the technology of the 21st century.

The category of general regulations is characterized by a huge emphasis on the external situation of the consulting rooms and the indication. The meeting with videophone has to be effective. The right light, the appropriate camera and the right setting of the microphone, a white background that does not allow distractions, a quiet and undisturbed place for the patient are important, to make sure that the virtual meeting is as pleasant as possible. Concerning the question of the indication, the leitmotif is the key: "What is for these patients with this problem the most effective treatment, by whom and under what circumstances?" Legal and diagnostic boundaries are strictly followed, such as severe depression, suicidal tendency, post-traumatic stress disorder, severe personality disorders, addiction, mania and psychosis - one's own competence is also carefully examined. The rules of the own schools of psychotherapy are used in the treatment.

The category of therapeutic process shows the characteristics of the therapeutic relationship. The experts say that a solid relationship can be established via videophone, where moments of deep connection can be noticed. This relationship is described as being "different" which means that it is neither better nor worse. It seems that patients focus better to their problems because of the distance and they want to solve them faster with more responsibility. Technical problems have no effect on the therapeutic alliance. When asked about crises patients were speaking directly about the technical interruptions. None of the interviewees could report of therapeutic crises, which could

not be solved and dealt with satisfaction of the patients. This could be so due to the careful selection of the patients.

The category of future prospects deals with the situation and wishes of the legislature and the technology. Concerning visions it is sure that the technical difficulties, such as interruptions, small asynchrony while talking can be solved in the near future. 3D images can help to make the calls appear to be more realistic. In addition to the communication via video phone, the interviewees are convinced that new social networks will be created which will get a growing importance in psychotherapy. In Germany the legislator wants to have arrangements and rules for quality assurance and for an additional training. Patients should be given the opportunity to find suitable help and they should have the opportunity to test quickly the seriousness of the help. Interview partners from Great Britain, Switzerland, Hungary, Canada, USA and Vietnam have no expectations concerning the legislature. In Australia, it is feared that the real/conventional psychotherapy will be replaced by psychotherapy with videophone for cost reasons.

The expectations for the future of the psychotherapists, which were interviewed, are to be able to give every patient the appropriate and necessary treatment. Physical disability, geographic, political, religious or cultural attitudes should not prevent the treatment of psychotherapy. For all questioned psychotherapists, it is clear that the screen-to-screen therapy expands the possible range of treatments of mental health care but shall not replace the conventional presence-therapy.

Psychotherapy with a mouse click? At first glance, it seems almost impossible. But after having studied this subject it is becoming apparent that therapy via videophone is a big challenge for the research of psychotherapy in the future. It is already evident that Internet can substantially enrich the psychotherapeutic care - prevention, treatment and rehabilitation. While German-speaking studies on internet-based psychotherapy are increasing, studies on psychotherapy via videophone seem to be neglected. If you look at the website of the U.S. National Institutes of Health (August 16, 2011, <http://clinicaltrials.gov>), you can see the growing international interest in this area. The

first studies on psychotherapy with videophone are promising. But all studies open up many more questions: Which groups of patients are suitable for a screen-to-screen therapy? Which personality factors are conducive to both the therapist and the patient? Where are the limits of psychotherapy with videophone? For whom does that therapy work? Is a patient still willing after an unsuccessful screen-to-screen treatment to use a conventional presence therapy treatment? The research of psychotherapy is being confronted with a rapidly expanding medium which has just started and which extends the communication possibilities. The Internet and its possibilities is an exciting, new and promising opportunity to expand the psychotherapeutic care.

Today, I look back on half a year of intensive work with the subject of psychotherapy with videophone. I was supported by the rapid and non-bureaucratic assistance of Stephan Bouchard, Thomas Berger and Horst Mitmansgruber which led my intensive research to competent colleagues and interlocutors around the world. I want to thank especially for their willingness to have spoken with me and for their interviews. With their experience, ideas, their attitudes and values they contributed significantly to the success of this work. I personally must admit that meeting all these experts, either in person, by mail or via Skype has been a great enrichment in my life. New goals in my life have opened up.

## 7. Literaturverzeichnis

Ahern, David K., Kreslake, Judith M. & Phalen, Jennifer M. (2006). What is e-Health (6): Perspectives on the Evolution of e-Health Research. Journal of Medical Internet Research, <http://www.jmir.org/2006/1/e4>

Almer, Sebastian. Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (Hrsg.), E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung (S. 13-17), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Anderson, Gerhard (2009) Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. Behaviour Research and Therapy 47, (p. 175)

Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (2008). E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Berger, Thomas & Andersson, Gerhard (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 2009, 59, (S. 159-170)

Berger, Thomas & Caspar, Franz (2011). Internetbasierte Psychotherapien. Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme. 1/5. Jahrgang/Januar 2011, (S. 29 – 40)

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP (2011)  
<http://www.bdp-verband.org/service/onlineberater.html>

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP (2011).  
Psychologische Beratung , Fach- und berufspolitische Leitsätze <http://www.bdp-verband.org>

Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), (S. 2737)

Calbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. Self- help via internet. Behaviour Research and Therapy, (p. 1321-1333)



- Cohn, Ruth & Farau, Alfred (1987). Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven, (S. 45). Stuttgart: Klett-Cotta
- Cook, Jonathan. E. & Doyle, Carol (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 5 (2), (p. 95-105)
- Dietrich, Georg (1991). *Beratungspsychologie*. 2. Auflage Zürich: Hogrefe
- Döring, Nicola (2003). *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. 2. Vollst. Überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Eichenberg, Christine, Blokus Georg, & Brähler Elmar (2010). Einstellung von Psychotherapeuten und potenziellen Patienten zu internetbasierten Informations- und Interventionsmöglichkeiten. 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 26.-30. September 2010, Bremen
- Ellenberger, Henri F. (1985). *Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*. Zürich: Diogenes (dt. Erstausgabe: 1973)
- Eysenbach, Gunther. (2001). What ist e-health. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2) Retrieved December 04, 2003, from <http://www.jmir.org/2001/2/e20>
- Fiedler, Peter (2009). *Verhaltenstherapeutische Beratung in Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1 Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*, (S. 743-753) Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Germain, Vanessa, Marchand, Andre, Bouchard, Stephan, Guay, Stephane & Drouin, Marc-Simon (2009). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, Volume 13, Number 1, 2010, (p. 29-35)
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (S. 13). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Grawe, Klaus, (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In Margraf, Jürgen & Bregelmann, J. C. (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (S. 215-244). München: Röttger

Grawe, Klaus, Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen-Bern: Hogrefe

Himle, Joseph A., Fischer, Daniel J., Muroff, Jordana R., Van Etten, Michelle L., Lokers, Laura M. Abelson, James L., Hanna, Gregory L. (2005). Videoconferencing-based cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy 44 (2006), (p. 1821-1829)

Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates (2005). Psychotherapie Forum, Vol 13, Suppl. 2, Nr 2/2005, (S. 6, 7)

Kanfer, Frederick H., Reinecker, Hans S. & Schmelzer Dieter (2000). Selbstmanagement-Therapie. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag

Klein, B, Richards, J. C. & Austin, D. W. (2006). Efficacy of Internet therapy for panic disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2006; 37, (p. 213-238)

Knaevelsrud, Christine & Maerker, Andreas (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? Journal of Medical Internet Research, 8 (4), (p. 31)

Knaevelsrud, Christine & Maerker, Andreas (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. BMC Psychiatry 19, (p. 7-13)

Kordy, Hans (2011). Modern information and communications technology in medical rehabilitation. Enhanced sustainability through Internet-delivered aftercare. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 54; 458-64

Kortschak, Gerald (2011). „Sicherheit im Internet – Risikominimierung aus technischer Sicht“ Vortrag am E-Day der Wirtschaftskammer Österreich, Wien, 3. März 2011/  
10,30 h – 12,00 h/Rudolf Sallinger Saal

Kriz, Jürgen (1994). Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung, 4. Auflage,  
Weinheim: Psychologie Verlags Union

Kuhn, Thomas (1962). The Structure of scientific Revolutions. In O. Neurath, R.  
Carnap & C. Morris, Foundations of the Unity of Science. Toward an Encyclopedia of  
Unified Science. (S. 53-272) Chicago: University of Chicago Press

Lange, Alfred, Schoutrop Mirjam, Schrieken Bart, van de Ven, Jean-Pierre (2002).  
Interapy: a model for therapeutic writing through the Internet. In Lepore SJ, Smyth JM  
The writing cure: How expressive writing promotes emotional health and well-being.  
American Psychological Association, Washington DC; (p. 215-238)

Lange, Alfred, Rietdijk, D., Hudcovicova, M. van de Ven, Jean-Pierre, Schrieken, Bart  
& Emmelkamp PMG (2003) INTERAPY. A controlled randomized trial of the  
standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. J. Consult Clin  
Psychol 71, (p. 901-909)

Maheu, Marlene M. & Gordeon Barry L. (2000). Counseling and therapy on the  
internet. Professional Psychology: Research and Practice, Vol 31 (5), (p. 484-489)

Margraf, Jürgen & Schneider, Silvia (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1  
Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. (S. 6). Heidelberg: Springer  
Medizin Verlag

Marks, Isaac & Cavanagh, Kate (2009). Computer-aided psychological treatments:  
evolving issues. Annu Rev Clin Psychol 2009; 5, (p. 121-141)

Mayring, Philipp (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken,  
11. Aktualisierte und überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Morgan RD, Patrick AR, Magaletta PR (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Consult Clin Psychol* 2008; 76: 158-62

Mößner, Markus (2008). ES[S]PRIT: Internetbasierte Prävention von und frühe Intervention bei Essstörungen. In Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 73-85), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Orlinsky, David E. (1994). „Learning from Many Masters“ – Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut* 39, (S. 2-9)

Paul, Gordon L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of consulting Psychology*, 31, (p. 109-118)

Psychotherapeutisches Propädeutikum, Graz. [www.propaedeutikum-graz.at/psy/geschichte](http://www.propaedeutikum-graz.at/psy/geschichte)

Rees, Clare S. & Stone Sheona (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice* 2005, Vol 36. No. 6, (p. 649-653)

Reichel, Rene (2005). *Beratung-Psychotherapie-Supervision, Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft*. Wien: Facultas

Richardson, Lisa, Frueh, Christopher B., Grubaugh Anouk L., Johnson, Ralph H., Egede Leonard, Elhai, Jon D. (2009) Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. *Clinical Psychology: Science and practice* V16, (p. 323-338)

Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J. & Schrieken, B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cogn. Behav. Therapy* 36, (p. 179-192)

Slunecko, Thomas & Sonneck, Gernot, (1999). *Einführung in die Psychotherapie* (S. 14). Wien: Facultas Univ.-Verlag

Soeder, U. Bastine, R. & Holm-Hadulla RM (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In Holm-Hadulla RM (Hrsg) Psychische Schwierigkeiten von Studierenden (S. 158-187), Göttingen: Vandenhoeck u Rupprecht

Statistik Austria (2011)

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html)

Steel, Katie, Cox Diane & Garry, Heather (2011). Journal of Telemedicine and Telecare 2011, (p.1-9)

Stetina, Birgit U. & Kryspin-Exner, Ilse (2009). Gesundheit und Neue Medien. Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien. Wien/New York: Springer-Verlag

Stetina, Birgit U. & Kryspin-Exner, Ilse (2009). Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Wien/New York: Springer-Verlag

Strotzka, Hans (1982). Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. (S. 1). Wien: Springer Verlag

Strupp, Hans H. (1993). Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen. Psychotherapie Forum 1, (S. 1-7)

Stumm, Gerhard (1999). Geschichte, Paradigmen und Methoden der Psychotherapie. In Slunecko, Thomas & Sonneck, Gernot (Hrsg), Einführung in die Psychotherapie (S. 27-76), Wien: Facultas Universitätsverlag

Telefon Seelsorge [www.telefonseelsorge.at](http://www.telefonseelsorge.at)

Trafo2 GmbH media engineering ([www.trafo2.de](http://www.trafo2.de))

University of Athens (<http://users.forthnet.gr/ath/giovas/telemed/>)

University of Colorado Denver ([http://www.tmhguide.org/site/epage/87548\\_871.htm](http://www.tmhguide.org/site/epage/87548_871.htm))

US Legal Definitions ([http://faq-s.net/22641/telemental\\_health\\_law\\_&\\_legal\\_definition.htm](http://faq-s.net/22641/telemental_health_law_&_legal_definition.htm))

US National Institutes of Health (<http://clinicaltrials.gov>)

Voip-Information, TIKRIS Tim Kröner Internet Services ([www.voip-information.de/skype.html](http://www.voip-information.de/skype.html))

Wagner, Birgit & Lange, Alfred (2008). Internetbasierte Psychotherapie „Interapy“. In Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (Hrsg.), E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung (S. 105-120), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Wagner, Birgit (2008). Die virtuelle Couch - Psychotherapie im Internet. Schweizerische Ärztezeitung 2008;89:34, (S 1457)

Wagner, Birgit (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief. Dissertation. Universität Zürich, 2006

Wenzel, Joachim (2008). Technikentwicklung, Datenschutz und Datensicherheit: Die bewusste Gestaltung medialer Versorgungsangebote. In Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (Hrsg.), E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung (S. 19-33), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Wenzel, Joachim (2008). Vom Telefon zum Internet: Onlineberatung der Telefonseelsorge. In Bauer, Stephanie & Kordy, Hans (Hrsg.), E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung (S. 89-103), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Wilhelm, Frank & Pfaltz, Monique (2009). Neue Technologien in der Psychotherapie. In Margraf, Jürgen & Schneider, Silvia (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, (S. 767-796), Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Wirtschaftskammer Österreich [www.itsecurityexperts.at](http://www.itsecurityexperts.at)

Wulff, Hans. J. (1996). Parasozialität und Fernsehkommunikation. Medienpsychologie, 3/96, (S. 163-181)

## 8. Anhang

### Gesprächsleitfaden für Expertengespräche

1. Wann sind Sie das erste Mal auf Psychotherapie mit Videotelefon aufmerksam geworden? Was hat Sie dazu bewogen, Psychotherapie mit Videotelefon in Ihrer Praxis anzubieten?

*Psychotherapy by using video-conference (skype) – at what time did you first notice this? And what are the reasons for you offering this system?*

2. Können Sie mir von Ihrem ersten Patienten mit Videotherapie erzählen? Wie und wann wurde er auf das Videoangebot aufmerksam? Welche Motive veranlassten ihn, sich auf eine Screen-to-Screen-Therapie einzulassen?

*How were your first experiences with screen-to-screen-therapy? How did you motivate your client to use it?*

3. Wie sah Ihre erfolgreichste Screen-to-Screen-Therapie aus?

*Please tell me about your most successful case.*

4. Welche Krisen mit Ihren Patienten im therapeutischen Prozess sind Ihnen noch in Erinnerung bei der Videotherapie? Welche Unterschiede gab es im Umgang mit dieser Krise im Vergleich zur Face-to-Face-Therapie?

*Did you ever have therapeutic crises when using this therapy, if yes, please describe any differences in comparison to face-to-face-therapy.*

5. Was ist - aus Ihrer Wahrnehmung - das Spezifische an einer therapeutischen Beziehung in der Videotherapie? Was sind die Unterschiede bzw. die Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Präsenztherapie? Haben diese Unterschiede Auswirkungen auf den Therapieverlauf?

*In your opinion, what is the unique in such a skype-therapist-patient-relationship? Please explain differences and similarities to face-to-face-therapy. Do such differences effect the therapeutic process?*

6. Wenn Sie auf Ihre Erfahrungen mit der Videotherapie zurückblicken, welche außergewöhnlichen Ereignisse haben Sie berührt und sich besonders in Ihr Gedächtnis eingepägt?

*What exceptional occurrences did you experience? What touched your heart, what you will never forget?*

7. Gab es schon einmal Überlegungen, die Therapie mit Videokonferenz nicht mehr anzubieten? Wenn „Ja“ welche Gründe waren dafür verantwortlich?

*Did you ever think of stopping skype-therapy? If „yes“ for which reasons?*

8. Aus Ihrer Sicht - gibt es Grenzen oder Ausschlusskriterien für eine Screen-to-Screen-Therapie?



*Are there any knock out criterions for skype-therapy?*

9. Wie sehen Sie die Entwicklung der Therapie mit Videokonferenz in den nächsten Jahren? Was für Szenarien, Herausforderungen und Probleme gibt es?

*How would you assess the prospects of skype-therapy in the upcoming years? Please describe sceneries and chances.*

10. Gibt es irgendetwas, das Sie noch hinzufügen möchten, was für Sie wichtig ist und bis jetzt nicht angesprochen wurde?

*Would you like to discuss any other important thoughts?*

### **Demografische Daten (Therapeutenvariablen und Organisation)**

Folgende Fragen werden im Anschluss an das Interview erhoben, falls sie auf der Homepage nicht ersichtlich sind, oder im Zuge des Interviews noch nicht beantwortet wurden.

1. Alter, Geschlecht
2. Wo befindet sich Ihre therapeutische Praxis und wie lange sind Sie schon in diesem Beruf tätig?
3. Welcher Therapieschule gehören Sie an und seit wann sind Sie in diesem Beruf tätig?

4. Üben Sie neben Ihrer freien Praxis auch noch eine andere Tätigkeit aus (Universität, Krankenhaus, Behörde, usw.)?
5. Seit wann verwenden Sie Videotelefon in Ihrer therapeutischen Tätigkeit?
6. Wie lange dauert eine Therapiesitzung mit Videotelefon?
7. Gibt es gesetzliche Regelungen bezüglich einer Psychotherapie mit Videotelefon in Ihrem Land?