

Merkblatt

Videobasierte Online-Psychotherapie

Definitionen

Telefonische und Online-Psychotherapien sind Formen von Telemedizin bzw. -psychiatrie. Das Besondere ist, dass diese Interventionen dort stattfinden, wo sich die Hilfesuchenden befinden. Als Online-Interventionen bei psychischen Störungen gelten sowohl **Selbsthilfeinterventionen** als auch **Online-Psychotherapien**. Im Gegensatz zu Selbsthilfeinterventionen besteht bei Online-Psychotherapien eine aktive, helfende Begegnung resp. Beziehung zwischen der hilfesuchenden Person und der Therapeutin/dem Therapeuten. Online-Psychotherapien gibt es in Form von **E-Mail-, Chat-, Telefontherapie** wie auch via **Videokonferenzen**. Videobasierte Therapie kommt im Vergleich zu Telefon-, Chat-, oder E-Mail-Therapien der konventionellen Face-to-Face-Therapie am nächsten. Die Gesprächspartner/-innen sitzen sich vor ihren Bildschirmen gegenüber. So findet die Kommunikation **synchron** statt und auch **para- und nonverbale Informationen** werden übertragen.

Wirksamkeit und Vorteile

Telefon- und videobasierte Interventionen sind erwiesenermassen **vergleichbar effektiv** wie Face-to-Face-Therapien (Mohr et al., 2008). Online-Interventionen gehen zusätzlich mit **vielen Vorteilen** einher. Die **erhöhte Zugänglichkeit** der Videopsychotherapie betrifft sowohl die Überwindung von geografischen Distanzen wie auch von Einschränkungen aufgrund psychischer Belastungen (z.B. bei Ängsten oder Depressionen). Diese Spezifität geht mit tieferen Abbruchraten als bei traditionellen Face-to-Face-Therapien einher (Wierzbicki & Pekari, 1993). Zusätzlich ermöglicht die Videosprechstunde zusätzliche therapeutische Einblicke in das Zuhause der Patienten/-innen. Es kann rascher und effektiver auf **Verschlechterungen im Behandlungsverlauf** reagiert werden. Interventionen zur **Rückfallprophylaxe** oder **Booster-Sitzungen** können einfacher durchgeführt werden. Der **Transfer** von therapeutischen Interventionen auf das gewohnte Umfeld wird er-

leichtert. Studien zeigen, dass die Abwesenheit des physischen Kontaktes bei Online-Interventionen

allgemein mit einer **grösseren Offenheit und Aufrichtigkeit** einhergeht (sog. «Enthemmungseffekt»; vgl. Berger, 2015). Schliesslich führen die Besonderheiten von Online-Interventionen zu einem gewissen **Ausgleich der Machtgewichtung** in der therapeutischen Beziehung. Dies stützt das **selbstständige Engagement** und **Erleben von Eigenverantwortlichkeit** der Patienten/-innen (Mitchell & Murphy, 1998). Sie weisen eine **aktivere Teilnahme** am Therapieprozess auf (Berger, 2015).



Kontraindikationen

Online-Interventionen sind bei akuten Krisensituationen kontraindiziert (FSP, 2017). Bei akuter Selbstgefährdung, schweren dissoziativen oder akut-psychotischen Zuständen kommen Online-Interventionen nicht in Frage. Bei Risikopatienten/-innen wird die Erarbeitung eines **individuellen, diagnoseangepassten Notfallplans** mit Notfallnummern unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten empfohlen (Berger & Caspar, 2011). Auch liegt es in der Verantwortung der Therapeutin/des Therapeuten, sich bei krisenhaften Verläufen in der Behandlung um persönlichen Kontakt zu bemühen (FSP, 2017).

Therapeutische Beziehung

Laut Studienlage ist die Qualität der **therapeutischen Allianz** im Rahmen von Videointerventionen vergleichbar mit Face-to-Face-Therapien (vgl. Germain et al., 2010). In diesem Merkblatt werden praktische Tipps für die ersten Schritte mit Videointerventionen mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern zusammengetragen, welche die therapeutische Beziehungsgestaltung (vgl. Lozano et al. 2015), die therapeutische Haltung und die Strukturierung des Gesprächs unterstützen (Bamberger, 2015).

Bedenken und Unsicherheiten

Eine kritische Haltung gegenüber videobasierten Interventionen, Unsicherheiten oder Anspannung seitens der Patienten oder Therapeuten können einen negativen Einfluss auf die therapeutische Beziehungsgestaltung haben. Therapierende sollten eine **offene, neugierige Haltung** gegenüber Videointerventionen einnehmen und genügend Sicherheit mit der Technologie aufbauen. Erfahrungsgemäss weicht die anfängliche Skepsis relativ rasch. Schliesslich werden videobasierte Interventionen zunehmend als interessante Erweiterung unseres Repertoires mit **spezifischen Vorteilen** gegenüber Face-to-Face-Therapien erlebt.



- beim Erstkontakt die bisherigen Erfahrungen der Patientin/des Patienten mit Videointerventionen oder Videotelefonie erfragen.
- Bedenken der Patientin/des Patienten normalisieren, ernstnehmen und versuchen gemeinsam Lösungen zu finden
- Risiken bezüglich Sicherheit der Datenübermittlung und -speicherung ansprechen
- Einrichtung der Technik oder Wahl eines geeigneten Raumes können auch dem Beziehungsaufbau dienen
- Möglichkeit nutzen, das häusliche Umfeld des Patienten kennenzulernen (z.B. Grundriss zeichnen, Namen der Familienmitglieder, Lieblingsraum, besondere Möbel und Einrichtungsgegenstände, Poster entdecken)
- Vorteil nutzen, dass die Psychotherapie im häuslichen Umfeld der Patientin/des Patienten stattfindet (z.B. «gemeinsam» Pult aufräumen, Beobachtungsprotokolle oder Erinnerungsplakate sichtbar im Zimmer anbringen)
- bei einer stark kritischen Haltung des Patienten/der Patientin gegenüber Video-Therapie nicht rechtfertigen, sondern eher Haltung vermitteln, dass die Videointervention zu ihren/seinen Gunsten angeboten wird und mit vielen Vorteilen gegenüber Face-to-Face-Interventionen einhergeht
- darauf hinweisen, dass Aufnahmen der Konferenz ohne Einwilligung der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners nicht gestattet sind
- im Behandlungsverlauf wiederholt über die Schwierigkeiten, Herausforderungen und positiven Erfahrungen mit Video-Psychotherapie austauschen

Audio- und Videoeinstellungen

Bei Videokonferenzen besteht eine gewisse **Tendenz lauter zu sprechen**. Zu lautes Sprechen beeinflusst das therapeutische Gespräch negativ und birgt bei hellhörigen Räumen eine gewisse Gefahr bezüglich dem Schutz der **Privatsphäre**. Zudem können zu laut eingestellte Lautsprecher zu einem **Echo-Effekt** führen (d.h. Mikrofon übermittelt den durch den Lautsprecher empfangenen Ton wieder zurück).



Die **Stummschaltfunktion** des Mikrofons und der Kamera ermöglicht, die Privatsphäre der Gesprächsteilnehmer zu schützen.

Ein/e Gesprächspartner/in kann **dominant** wirken, wenn sie/er näher zur Kamera sitzt als das Gegenüber. Im Gegensatz zu Face-to-Face-Therapien sitzen wir unseren Patienten/-innen nicht leicht weggedreht gegenüber, sondern frontal und relativ nah. Dies kann etwas **aufdringlicher** wirken.

Die Videokonferenzumgebung sollte **gemütlich** sein und einer positiven therapeutischen Begegnung dienen. Da wir nur einen Ausschnitt der Räumlichkeiten sehen, ist die **Anwesenheit anderer Personen** nicht ersichtlich.



- Kamera so einstellen, dass Gesicht und Oberkörper gut zu sehen sind
- Headset benutzen und in gewohnter Lautstärke sprechen
- zu Beginn des Gespräches nach Lautstärke und Bildübertragung erkundigen
- Patient/in bei Bedarf bitten, sich anders zu positionieren bzw. näher an die Kamera zu rücken
- Raumtemperatur, Hintergrundgeräusche und mögliche Anwesenheit anderer Personen beachten
- Einsatz der Stummschaltfunktion des Mikrofons und der Kamera besprechen (z.B. Kamera ausschalten, um «freier» zu sprechen)

Augenkontakt

Augenkontakt spielt bei der Kommunikation eine bedeutende Rolle. Dass die Kamera oberhalb des Bildschirms positioniert ist, führt bei unserer Gesprächspartnerin/unserem Gesprächspartner zur Wahrnehmung, dass wir ihr/sein Gesicht anschauen und nicht direkt in ihren/seinen Augen. Der Abstand von den Augen zur Kamera, Abstand von den Augen zur Mitte des Monitors und die Unterschiede zwischen der Kamerahöhe und die Mitte des Displays beeinflussen die Wahrnehmung eines direkten Augenkontaktes.

Die **Bild-in-Bild-Option** ist sinnvoll, um sich zu Beginn der Konferenz optimal zu positionieren. Da man sich bei dieser Darstellung während der Videokonferenz selber sehen kann, wird man dazu verleitet, sein eigenes Bild zu betrachten. Dabei springt der Blick wiederholt zu einem bestimmten Bereich des Bildschirms. Die Bild-in-Bild-Darstellung kann ablenken und so die Kommunikation beeinträchtigen, sozialphobischen Stress auslösen oder das Zeigen intensiver Emotionen stören.



- Bild der Gesprächsteilnehmer/-innen sollte so nah bei unserer Kamera sein wie möglich
- Blick zwischen Kamera und Bildschirm wechseln, je nachdem ob wir sprechen oder zuhören
- sich weiter weg von der Kamera positionieren und näher heranzoomen, um Wahrnehmung unserer Blickbewegungen zu reduzieren und direkten Augenkontakt zu simulieren
- weniger Notizen machen
- Handlungen kommentieren, die mit einem Abbruch des Augenkontaktes einhergehen
- Patientin/unseren Patienten aktiv «Raum» geben, z.B. um Gefühle zu erleben oder passende Worte zu finden, in dem wir unseren Kopf oder zumindest unseren Blick wahrnehmbar ein wenig wegdrehen
- Bild-in-Bild-Option während der Videointervention verkleinern bzw. abschalten

Belichtung, Audio- und Videoqualität

Bei **ungünstigen Lichtverhältnissen** sehen sich Patient/-in und Therapeut undeutlich und mimische Nuancen werden weniger gut erkannt. Eine **schlechte Audio- oder Videoqualität** reduziert das therapeutische Milieu beträchtlich. Lösungsversuche können viel Zeit in Anspruch nehmen und ein Fortbestehen des Problems kann frustrieren.



- Auf Anzahl und Position der Lichtquellen achten
- Kamera nicht direkt vor Fenstern positionieren
- Schatten minimieren, indem Rollläden geschlossen und Neonbeleuchtung oder mehrere Lichtquellen eingesetzt werden
- Kleider in neutralen und Volltonfarben wählen (Achtung: weisse Kleidungsstücke verschmelzen mit weissem Hintergrund)
- gemeinsam «Notfallplan» erarbeiten, wie mit technischen Problemen, die auftreten können, umgegangen wird (z.B. telefonisch kontaktieren).
- technische Probleme mit Humor und Geduld begegnen
- Gesprächsteilnehmer/-innen sollten sich in der Nähe des Wireless-Router positionieren
- Netzwerk nicht zusätzlich durch andere Geräte beanspruchen
- bei stark stockendem, verpixelem Video oder schlechter Audioqualität lieber auf Telefontherapie wechseln

Besonderheiten in der nonverbalen und verbalen Kommunikation

Die Wahrnehmung von nonverbalen affektiven Signalen ist bei Videokonferenzen **reduzierter**, da Arme, Hände und Beine nicht sichtbar sind. Dennoch können subtile Veränderungen von Gesichtsausdrücken, Tränen, Zittern, eine erhöhte Atemfrequenz oder zurückziehendes Verhalten erkannt werden. Unser mimischer Ausdruck vermittelt Interesse, Wärme, Echtheit und Empathie. Aufgrund der frontalen und eingeschränkten Perspektive auf Kopf und Oberkörper können stark **repetitive Bewegungen** (z.B. Kopfnicken) ablenkend oder lästig sein.

Videointerventionen gehen mit mehr verbaler Interaktion und somit mit mehr **gegenseitigem Unterbrechen** einher. Deshalb sollte bewusster auf Redeanteile und Prozesse des Sprecherwechsels geachtet werden.

Integrierte **Zeichen- und Darstellungstools** ersetzen das Bild der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners und brechen somit den visuellen Kontakt ab. Nonverbale Signale werden so weniger gut wahrgenommen.

- vermehrt nach dem Befinden der Patientin/des Patienten bei den angesprochenen Themen fragen
- etwas mehr mimischer Ausdruck und Handgesten als sonst einsetzen
- bewusster auf Redeanteile achten und Prozesse des Sprecherwechsels gemeinsam etablieren
- häufige Zusammenfassungen der Ausführungen der Patientin/des Patienten intensivieren und fokussieren die Interaktion (d.h. «Ich höre zu»)
- Patientin/den Patienten vermehrt dazu aufmuntern, Fragen zu stellen oder Zweifel zu äussern, um Missverständnissen vorzubeugen bzw. zu identifizieren
- bei Einsatz von Zeichentools Patienten/-in aktiv einbinden (z.B. Farben, Formen oder Figuren wählen lassen); eventuell Zeichnungen, Hierarchien oder Aufstellungen selber machen lassen

Lösungs- und ressourcenorientierte Gesprächsführung

Zu den Vorteilen der videobasierten Online-Psychotherapie zählen das ausgeglichene Machtverhältnis zwischen Therapeut/-in und Patient/-in, die höhere Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Patienten/-innen und die Nähe zum gewohnten Umfeld der Patienten/-innen. Diese Besonderheiten legen einen lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz in der Gesprächsführung nahe.

Nach Bamberger (2015) wird eine lösungsorientierte Haltung durch folgende (therapeutische) Handlungen gekennzeichnet:

- Zukunftsvisionen unterstützen
- Möglichkeitssinn verstärken
- Ressourcen aktivieren
- Kooperation realisieren
- zum ersten Schritt ermutigen
- Autonomie bewundern
- gut für sich selbst sorgen

Grundsätzlich werden Probleme und Schmerz als **zum Leben gehörende Schwierigkeiten** betrachtet und die Patienten/-innen als **Experten/-innen für ihre Probleme und Lösungen** begegnet.



Wir bieten als «Prozessexperten» unsere Unterstützung an und laden dazu ein, nach vorne zu schauen und nach neuen Sichtweisen und Lösungen Ausschau zu halten. Wir hören mit **Neugier** und **Bescheidenheit** zu und lassen uns auf unser Gegenüber ein.

Durch Fragen aktivieren wir den Patienten/die Patientin, die eigene Perspektive zu erweitern, sich selber neues Wissen zu schaffen und eigene Wissenskonstruktionen zu relativieren. Wir fassen das Gesagte **validierend** und **ressourcenorientiert** zusammen. Das heisst, es werden stets Kompetenzen und Ressourcen identifiziert. Wir **ermutigen** diese Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen. Folgende Struktur kann als Orientierung bei lösungsorientierten Gesprächsführung dienen (Bamberger, 2015).

1. **Synchronisation mit der Person** («Wer bist du heute?»), **dem Thema** («Worum geht es heute? Was macht das Problem mit dir?») und **dem Prozess** («Was wird heute erwartet?»)
2. **Lösungsvision entwickeln** («Wohin wollen wir heute? Wie würdest du merken, dass das Problem nicht mehr wäre?»), **Lösungstendenzen erkennen** («Was hat sich bereits verändert? Was sind die Ausnahmen?»), **hypothetische Lösungen einbringen** («Was wäre in ihrem/deinem Verhalten anders, wenn ein Wunder eingetreten wäre?»), **Reframing** («Gibt es etwas Positives daran?») und/oder **Universallösung einsetzen** («Tue was du willst, aber anders!»)
3. **Ressourcen nutzbar machen** («Welche Ressourcen waren/sind hilfreich für die Zielerreichung? Was bräuchte diese Ressource, damit sie öfters in Erscheinung treten könnte?»)
4. **Lösungverschreibung** und nächste Schritte, Verhaltensaufgaben formulieren (Wann, wie, wo, was?), **abschluss** («Wie nützlich/hilfreich war die Zusammenarbeit?»)
5. **Lösungsevaluation** «Was hat sich verändert, was ist besser geworden, was hat funktioniert? Was hat dabei geholfen?»
6. **Lösungssicherung** «Wie kann das Erreichte aufrecht erhalten werden?»

Besonderheiten bei videobasierter Online-Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Die meiste Literatur zu Online-Psychotherapie bezieht sich auf die Arbeit mit Erwachsenen. Studien belegen aber auch die Wirksamkeit von Videotherapie bei Kindern und Jugendlichen (vgl. APAC, 2017). Die Empfehlungen für die Arbeit mit Erwachsenen lassen sich gut auf Jugendliche übertragen. Zudem ist der Zugang von Jugendlichen zu Videotherapie tendenziell tiefer, da Online-Kommunikation eine bedeutsame Rolle in ihrer Lebenswelt spielt. Aber auch mit Kindern kann es Spass machen, dieses Medium zu nutzen. Kinder sind häufig entspannter in ihrer gewohnten Umgebung und für Technologie zu begeistern. Viele Elemente von Kindertherapien sind auch via Videotelefonie möglich, wie Zeichnen, Rollenspiele, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, Geschichten erzählen und gemeinsam entwickeln, Erlebnisse besprechen usw. Es ist auch möglich, gemeinsame Sitzungen mit Eltern und Kind durchzuführen, wobei besonders auf die nonverbale Kommunikation geachtet werden sollte und darauf, dass alle zu Wort kommen. Wenn das Kind sich nicht auf die Videositzungen einlassen mag oder rasch ermüdet, empfiehlt sich als Alternative eine Intensivierung der Elternarbeit und eine vermehrte Unterstützung der Eltern in der Begleitung ihrer Kinder. Insgesamt gilt es, neugierig zu sein und Sachen gemeinsam auszuprobieren. Hier sind einige praktische Tipps und mögliche Interventionen im Rahmen der Videopsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.



- verbaler Ausdruck, Mimik und Gestik stärker einsetzen (z.B. «Toll gemacht!», Daumen hoch)
- spielerischer Umgang mit der Technik; Hintergrundoption anwenden lassen (z.B. Bild des Lieblingsortes)
- beim Einsatz von Zeichentools durch die Therapeutin/den Therapeuten müssen jüngere Patienten/-innen stärker eingebunden werden
- Kinder und Jugendliche selber zeichnen lassen, d.h. während dem Gespräch nebenher oder gezielt bestimmte Gefühlszustände, Situationen, psychodynamische Prozesse, Soziogramme usw.
- Kinder spielen lassen, Geschichten erzählen und gemeinsam entwickeln; Eltern entsprechend instruieren, Spiele, Spielzeug, Puppen, Figuren usw. im Raum des Patienten/der Patienten bereitzustellen (Achtung: nicht zu «einnehmende» und laute Spielsachen)

- bei jüngeren Kindern die Eltern bzw. Elternteil ins therapeutische Spiel einbinden
- mit älteren Kindern und Jugendlichen gemeinsam im Internet surfen (z.B. nach bestimmter Musik suchen, Kleidungsstile recherchieren, bedeutsame Orte aufsuchen)
- gemeinsam «spassige» Online-Spiele spielen zur Beziehungsgestaltung und Aufrechterhaltung von Engagement und Interesse
- bei jüngeren Kindern sollte die Dauer von Therapiesitzungen eventuell gekürzt werden
- beim Einbezug der Eltern von jüngeren Kindern reicht ein Gerät zur Anwendung; bei Jugendlichen sollten entsprechend dem Mehrpersonensetting die Eltern ihren eigenen Zugang zur Videotelefonie haben

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry on Telepsychiatry (2017). Clinical update: Telepsychiatry with Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 875-893.
- Backhaus, A., Agha Z., Maglione, M. L., Repp A., Ross, B., Zuest D., Rice-Thorp, N. M., Lohr J., Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychol Serv.* 9(2):111-31.
- Bamberger, G. G. (2015). Lösungsorientierte Beratung. Beltz Verlag, Weinheim Basel.
- Berger, T. (2015), Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen, Göttingen: Hogrefe.
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP (2017). Qualitätsstandards Onlineinterventionen - Für Fachpersonen Psychotherapie. <https://www.psychologie.ch/fsp-fmpp-qualitaetsstandards-onlineinterventionen-fuer-fachpersonen-psychotherapie>.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.
- Glueck, D., Myers, K., & Turvey, C. L. (2013). Establishing therapeutic rapport in telemental health. *Telemental health: Clinical, technical and administrative foundations for evidence-based practice*, 29-46.
- Knaevelsrud, C., Wagner, B., Böttche, M. (2016). Online-Therapie und -Beratung, Göttingen: Hogrefe.
- Lozano, B. E., Hynes Birks, A., Kloezeman, K., Cha, N., Morland, L. A. & Tuerk, P. W. (2015). Therapeutic Alliance in Clinical Videoconferencing: Optimizing the Communication Context. In Tuerk, P. W. & Shore, P. (Eds), *Clinical Videoconferencing in Telehealth. Program Development and Practice*. New York, NY: Springer International.
- Mitchell, D. L., & Murphy, L. M. (1998). Confronting the challenges of therapy online: A pilot project. In *Proceedings of the Seventh National and Fifth International Conference on Information Technology and Community Health*.

Text: Ukaegbu Okere, Illustrationen: Shuwani Okere April, 2020