



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychotherapie in Zeiten der Digitalisierung

Psychothérapie en temps de numérisation

Herausgegeben von Lea-Sophie Richter und Mara Foppoli

13. Jahrgang

Heft 1 / 2023

ISSN 1664-9583

Jana A. Heimes

Therapeut*innen in sozialen Medien

Les thérapeutes sur les réseaux sociaux

Marcus Täuber

Exposition auf Knopfdruck

Exposition sur pression d'un bouton

Mara Foppoli & Milena Pacciorini

Peer-Chat: Vorläufige Beurteilung des Online-Angebots

Peer chat: Valutazione preliminare di un'esperienza online

Chat entre pairs : Évaluation d'une expérience en ligne

Karen Fried

Wie das Oaklander-Modell in einer Pandemie eine globale Gemeinschaft von Therapeut*innen ins Leben rief und die Ausbildung und Behandlung bereicherte

How the Oaklander Model sparked a Global Community of Therapists in a Pandemic, and enriched Training and Treatment

Comment le modèle d'Oaklander a déclenché dans une communauté mondiale de thérapeutes une vague de formations et de traitements enrichis par temps de pandémie

Severina Caplazi

Das Smartphone als Medium in der Psychotherapie

Le smartphone en tant que support en psychothérapie

Paolo Raile

Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (Teil 2)

Science psychothérapeutique élargissant les possibilités d'action (Partie 2)

Herausgegeben von der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychotherapie in Zeiten der Digitalisierung

Psychothérapie en temps de numérisation

Herausgegeben von Lea-Sophie Richter und Mara Foppoli

13. Jahrgang

Heft 1 / 2023

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
13. Jahrgang Heft 1/2023
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen
und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt
auf das Abonnement.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr,
sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende
des Bezugszeitraums erfolgt.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an
die ASP-Geschäftsstelle: asp@psychotherapie.ch

Digitale Version

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

Editorial	5	Originalarbeit	
Éditorial	7	Article inédit	
<i>Lea-Sophie Richter & Mara Foppoli</i>			
Titelthema:			
Psychotherapie in Zeiten der Digitalisierung			
Thème principal :			
Psychothérapie en temps de numérisation			
Therapeut*innen in sozialen Medien	11	Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (Teil 2)	87
Anwendung professioneller und ethischer Grundprinzipien auf den Raum der sozialen Medien		Forschungspraktische Umsetzung	
Les thérapeutes sur les réseaux sociaux	17	Science psychothérapeutique élargissant les possibilités d'action (Partie 2)	93
Application de principes de base professionnels et déontologiques à l'espace des réseaux sociaux		Mise en œuvre pratique de la recherche	
<i>Jana A. Heimes</i>		<i>Paolo Raile</i>	
Exposition auf Knopfdruck	19		
Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) bei Phobien und Süchten		Buchbesprechungen – Recensione del libro	
Exposition sur pression d'un bouton	25	Veneziani, M. (2022). Scontenti.	
Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) pour les phobies et addictions		Perché non ci piace il mondo in cui viviamo	95
<i>Marcus Täuber</i>		<i>Mara Foppoli</i>	
Peer-Chat:		Rumpel, S., Stulz-Koller, A., Leuzinger- Bohleber, M. & Hauser Grieco, U. (Hg.) (2022). Weiterleben nach Flucht und Trauma. Konzepte für die Arbeit mit besonders vulnerablen Geflüchteten	95
Vorläufige Beurteilung des Online-Angebots	27	<i>Peter Schulthess</i>	
Peer chat:		Spangenberg, E. (2023). Dem Leben wieder trauen. Traumaheilung nach sexueller Gewalt	96
Valutazione preliminare di un'esperienza online	35	<i>Peter Schulthess</i>	
Chat entre pairs :		Kriz, J. (2023). Humanistische Psychotherapie. Grundlagen – Richtungen – Evidenz	97
Évaluation d'une expérience en ligne	43	<i>Peter Schulthess</i>	
<i>Mara Foppoli & Milena Pacciorini</i>		van Bronswijk, K. & Hausmann, C.M. (Hg.) (2022). Climate Emotions. Klimakrise und psychische Gesundheit	98
Wie das Oaklander-Modell in einer Pandemie eine globale Gemeinschaft von Therapeut*innen ins Leben rief und die Ausbildung und Behandlung bereicherte	45	<i>Peter Schulthess</i>	
How the Oaklander Model sparked a Global Community of Therapists in a Pandemic, and enriched Training and Treatment	59		
Comment le modèle d'Oaklander a déclenché dans une communauté mondiale de thérapeutes une vague de formations et de traitements enrichis par temps de pandémie	71		
<i>Karen Fried</i>			
Das Smartphone als Medium in der Psychotherapie	73		
Anwendung und Nutzen anhand transdiagnostischer Faktoren			
Le smartphone en tant que support en psychothérapie	83		
Application et utilité sur la base de facteurs transdiagnostiques			
<i>Severina Caplazi</i>			

Editorial

Seit Beginn der Coronapandemie erfreut sich die Digitalisierung innerhalb der Psychotherapie erhöhter Akzeptanz, sowohl bei Psychotherapeut*innen und Patient*innen als auch – etwas zurückhaltender – bei Versicherungen und Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik. Waren digitale Interventionen und Webauftritte von Psychotherapeut*innen vor dem Auftreten von SARS-CoV-19 auf der Weltbühne noch mit Skepsis behaftet, so wurden sie ab Frühjahr 2020 zur Notwendigkeit. Weltweit fanden sich Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen in digitalen Videochatträumen wieder und erlebten, manchmal zum ersten Mal, die «Psychotherapeutische Begegnung 2.0». Mit dem Abflauen der Pandemie begann eine Rückbewegung in die Praxen und Kliniken, zurück zu physischem Kontakt, nach zeitweise monatelangem Aufenthalt in digitalen Beziehungsformen ohne den Einsatz zentraler Sinnesorgane wie Geruch, Geschmack und Berührung. Doch diese Rückbewegung fand in vielen Fällen nicht vollständig statt und viele Praxen behalten seitdem zumindest einen Teil ihres Onlineangebots bei.

Ist dies nun ein ganz nahtloser und natürlicher Schritt in Richtung «Blended Care», ein Ansatz, bei dem sowohl «Face-to-Face»- als auch «Online»-Interventionen in der Psychotherapie zum Tragen kommen? Welche Möglichkeiten gibt es, ebendiese Onlineinterventionen in einer Berufsgattung zu nutzen, die stark auf zwischenmenschlichem Kontakt als heilende Ressource zurückgreift? Diesen Fragen wird in den Beiträgen dieses Hefts nachgegangen. Aber auch in Zukunft an Wichtigkeit zunehmende Themen, die mit der Sichtbarkeit im digitalen Raum von Psychotherapieangeboten und ihren Vermittler*innen zu tun haben, werden umkreist.

Jana A. Heimes beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit der zunehmenden Präsenz von Psychotherapeut*innen auf digitalen Plattformen, die aufgrund ihrer mangelhaften Regulierung für diese Berufsgattung Fallstricke mit sich bringen kann. Sie zeigt auf, wie man qualitativ hochstehende und ethische Beiträge erarbeiten kann, ohne vom Sog narzisstischer Gratifikation dieser Art der Selbstdarstellung erfasst zu werden.

Marcus Täuber präsentiert in seinem Artikel den jetzigen Forschungsstand bei der Anwendung von Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) in der Therapie von Phobien und Süchten. Dabei zeigt er eindrücklich den Nutzen dieser Interventionsform in psychotherapeutischen Settings auf, der bei spezifischen Störungsbildern demjenigen einer äquivalenten *In-vivo*-Intervention entspricht. Darüber hinaus wird durch diesen Artikel die Breite der Anwendungsmöglichkeiten der VRET an die Leser*innen herangetragen.

Mara Foppoli und Milena Pacciorini stellen eine Peer-Chat-Erfahrung vor, die es ermöglichte, Jugendlichen Onlineunterstützung zu bieten, und die bis heute

von mehr als 6.000 Jugendlichen in der italienischen Schweiz genutzt wird. Es handelt sich zwar nicht um einen Online-Psychotherapiedienst, aber um ein niedrigschwelliges Angebot, das den Aufbau eines Systems fortsetzt, das junge Menschen vor psychischen Zusammenbrüchen schützt und das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer frühzeitigen Intervention durch Psychotherapie schärft, und das gleichzeitig als Wächter über die psychische Gesundheit fungiert. Die Autorinnen zeigen vorläufige Bewertungselemente für diese Art von Dienstleistung auf.

Karen Fried gibt Einblick in das Projekt «Just for Now», das während der Pandemie mehr als 130 Psychotherapeut*innen die Möglichkeit bot, sich online über ihre Praktiken in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen auszutauschen, wobei die von Violet Oaklander entwickelte Methode zum Einsatz kam. Sie stellt verschiedene Onlinetools vor, die entwickelt wurden, und nimmt eine interessante Bewertung ihres Einsatzes in den verschiedenen betroffenen Ländern sowohl während der Pandemie als auch jetzt vor.

Severina Ursina Caplazi wendet sich in ihrem Artikel dem Smartphone als Mittler in psychotherapeutischen Interventionen zu. Ihre Literaturübersicht beleuchtet, welche transdiagnostischen Faktoren bei smartphonebasierten Interventionen zum Tragen kommen. Dabei zeigt sie eindrückliche Ergebnisse der Wirksamkeit von Interventionen (sog. Ecological Momentary Interventions: EMI) auf, die aufgrund der flexiblen Einsetzbarkeit von mobilen Geräten in Echtzeit vermittelt werden können. Besonders die jüngere Generation wird in den von ihr vorgestellten Studien untersucht, was als zukunftsweisendes Zeichen gedeutet werden kann.

Im zweiten Teil seines Originalbeitrages stellt *Paolo Raile* die forschungspraktische Umsetzung der Handlungsmöglichkeiten-erweiternden Psychotherapiewissenschaft (HEP) vor, nachdem er die wissenschaftstheoretischen Grundlagen derselben im ersten Teil (s. *Psychotherapie-Wissenschaft 2/2022*) erläutert hatte. Anhand anschaulicher Beispiele aus dem Psychotherapiealltag legt er seinen Vorschlag der einzelnen methodischen Schritte dar. Sein Artikel macht Lust auf das Wagnis, sich auch ohne vertiefte Ausbildung auf eine Psychotherapieschule einzulassen, der man die eigene Methode (sei dies in der Praxis oder der Forschung) als nicht zugehörig empfindet. Dabei kann der eigene Spielraum in der Anwendung und Erforschung von psychotherapeutischen Methoden erweitert werden, was schliesslich zu einer auf die Patient*innen und ihre Bedürfnisse optimaler zugeschnittenen Psychotherapie führen kann – ein sehr begrüßenswertes Konzept also.

Das Heft beschliessen wie in jeder Ausgabe einige Buchbesprechungen. Diesmal wird auch ein italienisches

Buch von *Marcello Veneziani* besprochen, indem es um Unzufriedenheit als Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse im Innen und Aussen geht. Die deutschsprachigen Bücher sind zum einen in den Gebieten Humanistische Therapie und Traumatherapie verortet, zum anderen beschäftigen sie sich mit der Klimakrise und psychischer Gesundheit.

Die fremdsprachigen Artikel von *Karen Fried* sowie von *Mara Foppoli* und *Milena Pacciorini* finden Sie sowohl in ihrer Originalsprache als auch auf Deutsch vor.

Wir wünschen eine anregende Lektüre.

Lea-Sophie Richter & Mara Foppoli

**Wichtige Mitteilung an die LeserInnen,
die Mitglied in der ASP sind:**

Angesichts sinkender Mitgliederzahlen muss die ASP sich ein Sparprogramm zulegen. Davon ist auch diese Zeitschrift betroffen. Wir bedauern, dass dies die letzte Ausgabe ist, die an die Mitglieder gratis als Printversion verschickt werden kann. Die nächste Ausgabe dieser Zeitschrift erhalten Mitglieder der ASP nicht mehr kostenlos als gedrucktes Heft geliefert. Der Zugang zur Online-Ausgabe bleibt weiterhin unentgeltlich für alle LeserInnen:

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info>

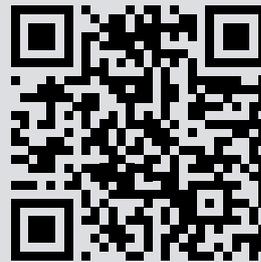
Mitglieder der ASP, die die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* weiterhin auch in gedruckter Form erhalten möchten, können dazu ein Jahresabonnement zu einem Sonderpreis von € 35,- zzgl. € 6,- Versand (statt regulär € 44,90 zzgl. € 6,- Versand) beim Psychosozial-Verlag abschließen.

Schreiben Sie dazu bitte eine E-Mail an:

bestellung@psychosozial-verlag.de

Oder nutzen Sie das Bestellformular unter:

<https://psychosozial-verlag.de/abo-asp>



Éditorial

Depuis le début de la pandémie de Corona, la numérisation jouit d'une acceptation accrue au sein de la psychothérapie, tant de la part des psychothérapeutes et des patientes et patients que des assurances et responsables, un peu plus réservés, de la politique de la santé. Si les interventions et présentations publicitaires numériques de psychothérapeutes étaient encore abordées avec scepticisme sur la scène mondiale avant l'apparition de la SARS-CoV-19, elles sont devenues une nécessité à partir du printemps 2020. Dans le monde entier, des psychothérapeutes et leurs patientes et patients se sont retrouvés dans des salles de chat vidéo numériques et ont, parfois pour la première fois, vécu la « rencontre psychothérapeutique 2.0 ». Le reflux de la pandémie a initié le mouvement de retour dans les cabinets et les cliniques, le retour au contact physique après parfois des mois de séjour dans des formes relationnelles numériques sans recours à des organes sensoriels centraux tels que l'odorat, le goût et le toucher. Mais ce mouvement de retour n'a souvent pas eu lieu complètement, et de nombreux cabinets maintiennent depuis lors au moins une partie de leur offre en ligne.

Ceci correspond-il maintenant à une étape sans suture et naturelle en direction de « Blended Care », une approche qui combine à la fois des interventions « Face-to-Face » et des interventions « en ligne » dans la psychothérapie ? Quelles sont les possibilités de recourir justement aux interventions en ligne dans une profession qui repose fortement sur le contact interpersonnel en tant que ressource curative ? Ces questions sont examinées dans les contributions de ce cahier. Mais également les thèmes qui gagneront en importance à l'avenir et qui sont en relation avec la visibilité d'offres psychothérapeutiques et de ceux et celles qui les proposent dans l'espace numérique sont abordés.

Jana A. Heimes traite dans sa contribution de la présence croissante de psychothérapeutes sur des plateformes numériques, qui peut comporter des pièges du fait de la réglementation déficiente de cette profession. Elle montre aussi comment il est possible d'élaborer des contributions d'un haut niveau qualitatif et éthique sans être aspiré par le flux de gratifications de ce type d'autoreprésentation.

Marcus Täuber présente dans son article l'état actuel de la recherche dans l'application de la Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) dans la thérapie de phobies et d'addictions. Il montre à cette occasion de façon impressionnante l'utilité de cette forme d'intervention dans les ajustements psychothérapeutiques, qui correspond au niveau des symptômes de troubles spécifiques à ceux d'une intervention in vitro équivalente. Il expose en outre à travers cet article l'éventail des possibilités d'utilisation de la VRET aux lectrices et lecteurs.

Mara Foppoli et Milena Pacciorini présentent une expérience de chat peer qui permettait de proposer à des

adolescents un soutien en ligne, et qui est utilisée jusqu'à aujourd'hui par plus de 6.000 adolescents dans la Suisse italophone. Il ne s'agit certes pas d'un service de psychothérapie en ligne, mais d'une offre à bas seuil d'accès qui poursuit la construction d'un système qui protège les jeunes gens contre les effondrements psychiques et aiguise la prise de conscience d'une intervention précoce par la psychothérapie en jouant simultanément le rôle d'un gardien de la santé psychique. Les auteures montrent les éléments d'évaluation provisoires pour ce type de prestation de service.

Karen Fried donne un aperçu du projet « Just for Now », qui a donné pendant la pandémie à plus de 130 psychothérapeutes la possibilité d'échanger en ligne sur les pratiques dans la psychothérapie avec des enfants et des adolescents, sachant que la méthode développée par Violet Oaklander a été appliquée. Elle présente différents outils en ligne qui ont été développés et procède à une évaluation intéressante de sa mise en œuvre dans différents pays concernés à la fois pendant la pandémie et maintenant.

Severina Ursina Caplazi se tourne dans son article vers le smartphone en tant qu'intermédiaire dans les interventions psychothérapeutiques. Son aperçu bibliographique éclaire les facteurs transdiagnostiques qui s'appliquent dans le cas d'interventions basées sur les Smartphones. Elle montre des résultats impressionnants de l'efficacité d'interventions (ce qu'on appelle les Ecological Momentary Interventions : EMI), qui peuvent être transmis en temps réel du fait de la possibilité d'utilisation flexible d'appareils mobiles en temps réel. La plus jeune génération est notamment examinée dans les études présentées par ses soins, ce qui peut être interprété comme un signe pour l'avenir.

Dans la seconde partie de sa contribution originale, *Paolo Raile* présente la mise en œuvre pratique pour la recherche de la science psychothérapeutique élargissant les possibilités d'action (HEP), après avoir expliqué les bases théoriques scientifiques de cette dernière dans la première partie (v. *Psychotherapie-Wissenschaft 2/2022*). En se basant sur des exemples parlants du quotidien psychothérapeutique, il expose sa proposition des différentes étapes méthodiques. Son article donne, même sans formation approfondie, l'envie d'oser intégrer une école de psychothérapie qui donne le sentiment de ne pas appartenir à sa propre méthode (que ce soit dans la pratique ou dans la recherche). On peut ici élargir sa propre marge de manœuvre dans l'application et l'exploration de méthodes psychothérapeutiques, ce qui peut conduire finalement à une psychothérapie adaptée de façon optimale aux patientes et patients et aux besoins de ces derniers : un concept qu'on ne peut donc que saluer.

Nous concluons le cahier à chaque édition par quelques discussions de livres. Nous discuterons cette

fois également d'un livre italien de *Marcello Veneziani* dans lequel il est question de l'insatisfaction comme point de départ de processus de changement à l'intérieur et à l'extérieur. Les livres en langue allemande sont d'une part ancrés dans les domaines de la thérapie humaniste et de la thérapie des traumatismes, et traitent de l'autre de la crise climatique et de la santé psychique.

Vous trouverez les articles en langue étrangère de *Karen Fried* et de *Mara Foppoli et Milena Pacciorini* à la fois dans leur langue d'origine et en allemand.

Nous vous souhaitons une lecture stimulante.

Lea-Sophie Richter & Mara Foppoli

Message important destiné aux lecteurs qui sont membres de l'ASP :

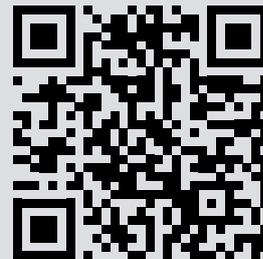
Au vu de la baisse du nombre de ses membres, l'ASP a élaboré un plan de mesures d'économie. Cette revue en est également touchée. Nous regrettons que ce numéro soit le dernier à pouvoir être envoyé gratuitement aux membres sous forme imprimée. Toutefois, l'accès à l'édition en ligne reste gratuit pour tous les lecteurs :

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info>

Les membres de l'ASP qui souhaitent continuer à recevoir la revue *Science Psychothérapeutique* sous forme imprimée peuvent souscrire un abonnement annuel au prix spécial de € 35,- plus € 6,- de frais de port (au lieu de € 44,90 en temps normal plus € 6,- de frais de port) auprès de Psychosozial-Verlag.

Pour ce faire, il suffit d'envoyer un e-mail à : bestellung@psychosozial-verlag.de

Ou utilisez le formulaire de commande sur : <https://psychosozial-verlag.de/abo-asp>



Titelthema:
**Psychotherapie in Zeiten
der Digitalisierung**
Thème principal :
**Psychothérapie en temps
de numérisation**

Therapeut*innen in sozialen Medien

Anwendung professioneller und ethischer Grundprinzipien auf den Raum der sozialen Medien

Jana A. Heimes

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 11–15

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-11>

Zusammenfassung: Im Zuge der Digitalisierung findet immer mehr private und öffentliche Kommunikation im Raum der sogenannten sozialen Medien statt. Auch das Thema der psychischen Gesundheit wird dort lebendig bewegt. Im Rahmen dieser Entwicklung sind auf verschiedenen digitalen Plattformen (z. B. Instagram) zahlreiche Accounts therapeutisch arbeitender Menschen entstanden, die sich diesem Thema widmen. Die Professionalität in der Umsetzung des öffentlichen Auftritts variiert dabei erheblich. Auch approbierte Psychotherapeut*innen nutzen soziale Medien mehr und mehr, um auf ihre Arbeit aufmerksam zu machen, aufzuklären oder Berufspolitik zu betreiben. Bislang ist dieser öffentliche Raum für Therapeut*innen kaum reguliert. Umso wichtiger ist es, sich der professionellen Verantwortung bewusst zu sein, die auch dort ihre Gültigkeit hat. Diese beinhaltet insbesondere, therapeutische Prinzipien von Abstinenz und Neutralität auch auf das digitale Verhalten anzuwenden und dem potenziellen narzisstischen Sog der Plattformen zu widerstehen. Eine hilfreiche und verpflichtende Orientierung bieten die vier medizinethischen Prinzipien. Die Autorin reflektiert diese neue Entwicklung im vorliegenden Artikel aus psychodynamischer Perspektive und vor dem Hintergrund ihrer mehrjährigen Erfahrung mit ihrem eigenen Praxisprofil auf Instagram. Damit lädt sie ein zu einem fachlichen Diskurs, der eine professionellere Gestaltung des medialen Raums zum Ziel hat.

Schlüsselwörter: Soziale Medien, Instagram, professionelle Haltung, Neutralität, Abstinenz, Ethik

So wie sich psychotherapeutische Theorie und Praxis kontinuierlich weiterentwickeln, verändert sich auch die Umwelt, in der Psychotherapie Anwendung findet. In Zeiten voranschreitender Digitalisierung des öffentlichen und privaten Lebens findet immer mehr zwischenmenschliche Interaktion in sozialen Netzwerken wie Facebook, Instagram und auf Twitter statt. Die Themen, die dort bewegt und verhandelt werden, sind so vielfältig wie die Menschen, die sich dort austauschen.

Auch das Thema der psychischen Gesundheit hat seinen Weg in soziale Medien gefunden und wird dort unter anderem unter den Hashtags #mentalhealth oder #endthestigma geteilt. Einem Bedürfnis nach Orientierung, Heilung und Verbundenheit nachgehend suchen vielen Menschen nach Informationen und Austausch über Psychologie, Psychotherapie oder alternativen Heilverfahren. Diesem Publikum folgend haben in den letzten Jahren viele Coaches und Coachinnen oder andere Menschen mit therapeutischen Angeboten ihren Weg auf die Plattformen gefunden. Die Inhalte und Angebote auf Profilen, die sich diesem Thema widmen, sind von unterschiedlicher professioneller Güte. Es finden sich in sozialen Medien einige Profile qualifizierter Expert*innen. Ein grosser Teil der Accounts, die sich mit psychischer Gesundheit beschäftigen, scheint jedoch von Menschen geführt zu werden, die kaum bis wenig professionelle Ausbildung vorweisen können. So werden auf manchen Accounts Kurse verkauft, in

denen in wenigen Schritten pathologische Angst für immer überwunden werden soll oder Traumaheilung durch wenige Sitzungen Onlinecoaching stattfinden soll. Dass solche Angebote irreführend sind oder gar schädlich sein können, ist für hilfeschuchende Menschen in psychischen Krisen nicht immer nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund einer angespannten Versorgungslage oder aufgrund unzureichender Information über die verfügbaren Angebote im Gesundheitssystem stellen solche vermeintlich schnellen Lösungen für tiefgreifende Probleme eine grosse Verlockung dar. Es ist zu vermuten, dass sich gerade vulnerable Menschen in Krisensituationen von dieser Art von Inhalten angezogen fühlen und besonders empfänglich für Heilsversprechen und vermeintlich einfache Lösungen sind. Dieser Personen- gruppe gegenüber besteht, auch online, eine besondere professionelle Verantwortung.

Die Gemeinschaft professionell ausgebildeter Psychotherapeut*innen sollte vor dieser Entwicklung nicht kapitulieren. Es gilt, die Räume der Aufklärung und Ansprache der Gesellschaft um den digitalen Raum zu erweitern. Aufklärung sollte dort stattfinden, wo sich möglichst viele Menschen angesprochen fühlen und Sichtbarkeit für das bedeutsame Thema der psychischen Gesundheit und Psychotherapie entstehen kann. Dies kann die Aufgabe staatlicher Institutionen sein, doch auch einzelne Behandler*innen können mit ihrer professionellen Sichtbarkeit in sozialen Medien ein Gegengewicht

zur Fehlinformation über psychische Gesundheit und Kapitalisierung von Heilung bilden.

Immer mehr Therapeut*innen wagen den Schritt zur Sichtbarkeit in sozialen Medien und erstellen öffentliche Accounts für ihre Praxis. Ich selbst pflege seit nun fünf Jahren einen Account auf Instagram, der meine psychotherapeutische Praxis repräsentiert und auf dem ich Inhalte rund um psychische Gesundheit und (tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie teile. Von Anfang an hat mich dabei die Frage beschäftigt, wie ich trotz dieser Öffentlichkeit den bedeutsamen Prinzipien der therapeutischen Abstinenz und Neutralität gerecht werden kann und wie sich die ethischen Grundprinzipien der therapeutischen Arbeit auf den Raum der sozialen Medien übertragen lassen. Damals liess sich zu diesen Fragen noch kein fachlicher Aufsatz, noch keine empirische Datenanalyse finden.

Gemeinsam mit drei anderen Kolleginnen, namentlich Julia Neumann, Tina Steckling und Hannah Elsche, habe ich mich in den letzten Jahren mit eben dieser Frage nach der konkreten Anwendung ethischer Grundprinzipien für professionelle Therapeut*innenaccounts in sozialen Medien intensiv beschäftigt. Unsere Recherchen, individuellen Erfahrungen und Auslegung der Berufsordnung haben wir in unserem Buch *Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching* (Neumann et al., 2022) zusammengefasst, um sie so auch anderen Therapeut*innen zur Verfügung zu stellen, die den Anspruch haben, ihrer Professionalität und Verantwortung auch online gerecht zu werden.

Ein professionelles Social-Media-Profil anzulegen, kann aus unterschiedlicher Motivation heraus geschehen. Im Austausch mit verschiedenen Kolleg*innen, die ein Profil auf der Plattform Instagram haben, erscheinen dabei vor allem folgende Beweggründe im Vordergrund zu stehen: der Wunsch, die Sichtbarkeit der eigenen Profession/des eigenen Verfahrens zu stärken, Aufklärung zu leisten, einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu erbringen, kollegiale Vernetzung zu stärken und auf die eigene Praxis aufmerksam zu machen. Eine besondere Herausforderung ist dabei, dass viele der Strategien, die in sozialen Medien üblicherweise für Sichtbarkeit und Aufmerksamkeit sorgen, für Therapeut*innen aufgrund der professionellen Haltung nicht infrage kommen. Statt sich dem Medium anzupassen, muss also ein Weg gefunden werden, das Medium der Profession entsprechend zu nutzen.

Zwar will und soll die Onlinepräsenz keinen Therapieersatz darstellen, doch gelten für Therapeut*innen, die öffentlich in eben dieser Funktion auftreten, die gleichen Ansprüche an Professionalität wie in der Praxis.

Berufsordnung und ethische Prinzipien

In der deutschen Muster-Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (BPtK, 2007) gibt es bislang keine konkreten Richtlinien für das Führen eines professionel-

len Accounts in sozialen Medien. Auch in der Schweizer Berufsordnung (FSP, 2011, S. 10) sind diese noch nicht enthalten. Jedoch findet sich hier unter Artikel 28 eine klare Anforderung an die Professionalität der Mitglieder in Bezug auf öffentliche Auftritte: «Mitglieder, die in der Öffentlichkeit, namentlich in Vorträgen, Radio- oder Fernsehsendungen oder über das Internet, beratend oder kommentierend auftreten, stützen ihre Aussagen auf wissenschaftlich fundiertes Wissen oder auf die anerkannte psychologische Praxis ab.» Das in der Berufsordnung definierte berufswürdige Verhalten muss zweifelsfrei auch in sozialen Medien geltender Massstab sein. Berufswürdiges Verhalten hat laut deutscher Berufsordnung zum Ziel:

«[D]as Vertrauen zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten zu fördern, den Schutz der Patienten zu sichern, die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen, die freie Berufsausübung zu sichern, das Ansehen des Berufs zu wahren und zu fördern und auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern» (BPtK, 2007, S. 4).

Klare Orientierung, welchen Anforderungen berufswürdiges Verhalten unterliegt, geben dabei die vier medizinethischen Grundprinzipien (in Anlehnung an Beauchamp & Childress, 2008), nach denen sich therapeutisches Handeln richten soll: Schaden vermeiden, die Autonomie der Patient*innen respektieren, Nutzen mehren und Gerechtigkeit anstreben. Die Anwendung der medizinethischen Prinzipien in der psychotherapeutischen Arbeit beschreiben unter anderem Senf und Broda (2007). Die Berücksichtigung dieser Prinzipien muss heute ebenfalls auf den professionellen Auftritt in sozialen Medien ausgeweitet werden.

Prinzip der Nichtschädigung: Dieses Prinzip ist in der therapeutischen Arbeit absolut zentral. Neben dem rechtlichen Verbot, anderen an Leib, Leben, Ehre oder Eigentum Schaden zuzufügen oder einen solchen Schaden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu riskieren, ist dieses Prinzip in der psychotherapeutischen Arbeit noch um den Aspekt der psychischen Schädigung ergänzt.

Mit der Erweiterung des Praxisraums um die digitale Sphäre kommen neue potenzielle Risiken hinzu. Diese können sich auf Abonnent*innen, Patient*innen, Kolleg*innen oder den Berufsstand auswirken. Schädigungen können bspw. durch Unprofessionalität auf inhaltlicher Ebene der Beiträge entstehen (z. B. durch das Verbreiten von Fehlinformation oder die Pathologisierung normaler psychischer Vorgänge). Zu Schädigung kann es auch durch Verletzung der Grenzen des geschützten Behandlungsraums und der verpflichtenden Vertraulichkeit kommen, wenn etwa Inhalte aus Sitzungen ihren Weg in die Öffentlichkeit finden.

Unprofessionelles Verhalten kann zudem die Reputation des Berufsstands beeinträchtigen. Dazu heisst es in der deutschen Berufsordnung (BPtK, 2007, S. 7): «Psychotherapeuten haben bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Fachliche Äußerungen müssen sachlich informierend und

wissenschaftlich fundiert sein. Insbesondere sind irreführende Heilungsversprechen und unlautere Vergleiche untersagt.» Dies beinhaltet auch die Verunglimpfung anderer (anerkannter) Therapieverfahren und öffentlich ausgetragene Konflikte unter Kolleg*innen.

Ein Beispiel für schädigendes Verhalten: Eine Therapeutin bewirbt auf ihrem öffentlichen Account einen kostenpflichtigen Onlineworkshop «Trauma heilen in drei Tagen» (irreführendes Heilsversprechen) und grenzt sich dabei bewusst von der gängigen Lehrmeinung ab, die sie als veraltet und überholt bezeichnet (nicht fachlich fundiert, Verunglimpfung).

Prinzip der Autonomie: Dieses ethische Prinzip rückt die Selbstbestimmung der Patient*innen in den Fokus. Deren Lebensziele, Wünsche und Einstellungen sollen respektiert werden, auch wenn sie nicht dem Wertekanon des Therapeuten, der Therapeutin entsprechen. Mit Blick auf den Onlineauftritt kann eine Verbindung zur Grundhaltung der therapeutischen Neutralität gezogen werden, die auch online ein bewertungsfreies Verhalten und eine Akzeptanz für Abweichendes erfordert.

Ein Beispiel für die Missachtung der Autonomie: Ein Therapeut veröffentlicht einen Text, in dem er sich pathologisierend über Menschen äussert, die Beziehungsmodelle abseits der traditionellen Kernfamilie wählen (diskriminierend, entwertend).

Prinzip der Fürsorge: Dieses Prinzip stellt eine der therapeutischen Hauptaufgaben dar: möglichen Schaden präventiv verhindern, eingetretenen Schaden zu lindern oder sogar zu heilen und das allgemeine Wohlbefinden zu steigern. Wie die Fürsorge den Abonnent*innen gegenüber aussehen kann, hängt sicherlich von der Art des Onlineauftritts ab. Die Frage, wie Leser*innen von den geteilten Inhalten profitieren können, sollte jedoch zentral sein. Hilfreiche Inhalte könnten etwa Psychoedukation, Unterstützung in der Selbstfürsorge oder Aufklärung über Angebote des Gesundheitssystems sein. Alle Beiträge sollten auf professionellen Kompetenzen wie Fachwissen, klinischen Fertigkeiten, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit fussen (Pope & Vasquez, 2010).

Ein Beispiel für fürsorgliche Vorgehen: Eine Paartherapeutin veröffentlicht konkrete Kommunikationsstrategien, die bei Paarkonflikten hilfreich sein können (Vermittlung von psychischen Fähigkeiten).

Prinzip der Gerechtigkeit: Dieses Prinzip beachtet die faire Behandlung aller Patient*innen, bezogen bspw. auf den Zugang zu Psychotherapie und die Verteilung von Ressourcen. Gleiche Fälle erfordern eine gleiche Behandlung, ungleiche Behandlung muss individuell moralisch begründet sein und darf nicht aufgrund der Nationalität, dem Geschlecht, dem Alter, dem Wohnort, der Religion, der sozialen Stellung oder dem bisherigen Verhalten in der Gesellschaft geschehen.

In Anwendung auf soziale Medien steht auch hier ein möglichst wertungsfreier Auftritt im Fokus. Ganz konkret kann Gerechtigkeit hier unter anderem auch bedeuten, durch gendergerechte Sprache, Barrierefreiheit (z. B. durch Bildbeschreibungen im Text für Menschen mit Sehbehinderung und Untertitel in Videos für Menschen mit

einer Beeinträchtigung des Hörens) und dem Vermeiden unnötiger Fachsprache einen niederschweligen Zugang und Inklusion zu ermöglichen.

Ein Beispiel für ein inklusives Vorgehen: Ein Therapeut veröffentlicht ein Video zum Thema Emotionsregulation. Dabei achtet er darauf, unverständliche Fachbegriffe zu vermeiden und unterlegt das Video mit Untertiteln.

So wie diese vier ethischen Grundprinzipien bieten auch die beiden zentralen therapeutischen Prinzipien der Abstinenz und Neutralität klare Orientierung im therapeutischen Handeln, die auf das professionelle Verhalten in sozialen Netzwerken angewandt werden kann. Die Prinzipien von Abstinenz und Neutralität stehen in der psychodynamischen Therapie besonders im Fokus, besitzen in ihrer Implikation jedoch allgemeine Gültigkeit für alle psychotherapeutischen Verfahren.

Das *Prinzip der Abstinenz* in der Psychotherapie bedeutet, dass das therapeutische Setting einzig der Besserung der Patient*innen dienen soll. Andere Wünsche und Bedürfnisse Therapeut*innenseite dürfen nicht in der therapeutischen Beziehung befriedigt werden (Mertens, 2014). Wie dieses Prinzip in der Praxis angewandt wird, wird im Rahmen therapeutischer Aus- und Weiterbildungen ausführlich betrachtet. Doch was bedeutet es für den Auftritt in sozialen Medien?

Im Rahmen dieser Frage ist es wichtig, den Blick auf die potenzielle Zielgruppe und das Publikum zu werfen. Es ist anzunehmen, dass sich in sozialen Medien insbesondere solche Menschen von psychologisch-psychotherapeutischen Inhalten angezogen fühlen, die sich aktuell in psychischen Krisen befinden oder sogar unter einer psychischen Erkrankung leiden. Man kann also von einer vulnerablen Leserschaft ausgehen, die Hoffnung und Orientierung sucht und für Inhalte zum Thema psychische Gesundheit empfänglich ist. Schon der in sozialen Medien übliche Begriff der «Follower*innen» zeigt auf, welches Projektionsfeld einzelne Accounts oder «Influencer*innen» bieten können. Wünsche und Hoffnungen, die an die Onlinepräsenz von Therapeut*innen gerichtet werden, sind vermutlich ähnliche, wie sie auch in der Praxis vorkommen: Der Wunsch, gesehen und verstanden zu werden, Bestätigung und Anerkennung zu erhalten, emotional versorgt zu werden und Verantwortung abgeben zu dürfen (nach König, 2005). Dieses Wissen führt zu der zwingenden Schlussfolgerung, dass ein Account, auf dem Behandler*innen in ihrer professionellen therapeutischen Rolle sichtbar werden, eine besondere Verantwortung in Bezug auf Professionalität und ethische Standards erfordert.

Dies wird besonders relevant, wenn mitgedacht wird, dass auch eigene oder zukünftige Patient*innen dem Account folgen können. Jeder Inhalt, der öffentlich auf Accounts geteilt wird, jede öffentlich einsehbare Onlineinteraktion kann ihren Weg in die therapeutische Beziehung finden. Zudem stellt der öffentliche individuelle Account immer auch eine Repräsentanz des Berufsstands dar, den es würdig zu vertreten gilt.

Die Algorithmen der sozialen Medien scheinen idealisierte, (vermeintlich) private und emotionalisierende

Inhalte zu bevorzugen (Cotter, 2019). Ein diesem Prinzip folgendes Auftreten ist mit dem *Prinzip der Neutralität* nicht zu vereinen. Schon Freud (1919a, S. 190) mahnte, der*die Patient*in solle «nicht zur Ähnlichkeit mit uns, sondern zur Befreiung und Vollendung seines eigenen Wesens erzogen werden». Wertfreiheit Patient*innen gegenüber ist eine zentrale therapeutische Grundhaltung. Doch auch Therapeut*innen können in Versuchung geraten, online ihre professionelle Rolle zu verlassen und sich als ideales Objekt mit einem klaren Wissen über richtig und falsch zu präsentieren. Um das Prinzip der Neutralität auf das Führen eines Social Media-Accounts anzuwenden, muss der eigene Auftritt immer wieder bewusst reflektiert werden. Bekommen eigene Einstellungen, Meinungen und Werte zu viel Präsenz, verringert sich der Raum, in dem sich das Gegenüber mit seiner davon abweichenden Haltung angenommen fühlen kann.

Wie in der Praxis kann und muss auch in der öffentlichen Darstellung nie eine absolute Neutralität gewahrt werden. Schon allein die Auswahl der Beitragsinhalte, das individuelle Layout und der Stil der öffentlichen Interaktionen mit Follower*innen in den Kommentarspalten lässt die individuelle (therapeutische) Person sichtbar werden. Eine leicht positive Übertragung auf die öffentliche Persona, bei der die hoffnungsvolle Erwartung entsteht, im Gegenüber eine hilfreiche Person gefunden zu haben (Wöller & Kruse, 2015), kann vielleicht auch für Abonent*innen eine gewisse stützende Funktion erfüllen. Es ist im Umkehrschluss allerdings auch zu befürchten, dass ein unreflektiert unprofessionelles Auftreten das Vertrauen in die Methode der Psychotherapie allgemein beschädigen und die Hemmschwelle erhöhen kann, sich tatsächlich in professionelle Behandlung zu begeben. Kommt es in sozialen Medien zu negativen Erfahrungen mit Therapeut*innen, erschwert dies eventuell, eine positive Erwartung gegenüber der Psychotherapie im Allgemeinen aufbauen zu können.

Anders als im direkten Patient*innenkontakt in der Praxis ist in sozialen Medien nicht klar, wer zum*zur Empfänger*in der Botschaften wird. Wo in der Praxis wohlüberlegte und gezielte Selbstoffenbarungen als Behandlungsintervention im individuellen Setting fruchtbar sein können, erreichen sie online ein ungefiltertes Publikum. Es muss immer mitgedacht werden, wie ein Beitrag auf dem professionellen Profil von tatsächlichen oder potenziellen Patient*innen gelesen und interpretiert und auf sich selbst und die Therapie bezogen werden könnte – also welches Übertragungspotenzial der Beitrag für einzelne Patient*innen bietet und welche Übertragungsmuster durch die Selbstoffenbarung auch gehemmt werden könnten. So mag ein Patient, der einen Beitrag seiner Therapeutin zur moralischen Verpflichtung zum Klimaschutz gelesen hat, gehemmt sein, sich mit seiner Ambivalenz und seinen inneren Konflikten in Bezug auf dieses Thema zu zeigen.

Natürlich kann es auch sonst zu Begegnungen ausserhalb des Praxisraums kommen, etwa im Supermarkt oder in anderen sozialen Situationen, in denen Patient*innen Privates über ihre Behandler*innen erfahren. Im Gegen-

satz zur Privatheit von Therapeut*innen, die hier sichtbar wird, kann und muss der professionelle Auftritt in sozialen Medien bewusster gesteuert werden.

Narzisstische Versuchung

Erfolg ist in sozialen Medien durch Aufmerksamkeit und Anerkennung in Form von «Likes» und der Anzahl der «Follower*innen» definiert. Die direkte Vergleichbarkeit dieser Werte kann zu Rivalität führen und die narzisstische Selbstdarstellung befeuern, die dem Medium inhärent ist (Gilmore, 2021). Eine Anpassung an diesen Mechanismus wird wiederum mit weiteren «Likes» verstärkt. Je mehr Aufmerksamkeit, desto grösser die narzisstische Zufuhr. Die Bedeutsamkeit des Accounts/der Onlinepersona für das narzisstische Äquilibrium gewinnt an Gewicht und muss durch immer mehr Präsenz abgesichert werden. Wie viel Sichtbarkeit Inhalte bekommen, bestimmen intransparente Algorithmen, die Nahbarkeit, Attraktivität und einfache Lösungen bevorzugen.

Dieser, sich «selbst verstärkende[n], narzisstische[n] Spirale» (Neumann et al., 2022) sollten sich Therapeut*innen mit professionellen Accounts bewusst entziehen. Eine solche Selbstinszenierung mit Fokus auf die eigene, idealisiert dargestellte Person widerspricht den genannten Prinzipien von Professionalität. Als adäquate Quelle begrenzter narzisstischer Befriedigung kann alternativ die Anerkennung für Fachlichkeit und Nützlichkeit der eigenen Beiträge dienen. «Bekanntheit ist kein Indikator für Kompetenz. Und Kompetenz als therapeutische Fachperson bedeutet, solche narzisstischen Eigendynamiken zu erkennen, zu verstehen und zu kontrollieren» (ebd.).

Fazit

All diese kritischen Überlegungen sollen am Ende keinesfalls davor abschrecken, auch als Psychotherapeut*in online und damit auch öffentlich sichtbar zu werden. Soziale Medien sind ein stetig wachsender Ort zwischenmenschlicher Interaktion und ein wichtiger Schauplatz gesellschaftlicher Entwicklung. Statt vor dem Unbekannten zurückzuschrecken, dürfen Psychotherapeut*innen mutig sein und proaktiv mitgestalten. Von der professionellen Repräsentation unseres Berufsstands kann dieser Ort sicher profitieren. Das Thema der psychischen Gesundheit hat in den letzten Jahren, auch verstärkt durch die Coronapandemie, immer mehr Aufmerksamkeit erhalten. Nun darf und sollte diese Chance für Aufklärung und Edukation auch von Expert*innen genutzt werden.

Jedoch besteht klar die Notwendigkeit einer weiteren theoretischen und vor allem auch empirischen Untermauerung dieser ersten Überlegungen. Bislang sind Therapeut*innen bei der Gestaltung ihrer Accounts und in Onlineinteraktionen sich selbst überlassen. Klare Richtlinien, die auch in der Berufsordnung verankert sind, sind vonnöten. Dafür ist ein reflektiertes Vortreten in diesen, bislang kaum regulierten Raum und ein fach-

licher Diskurs darüber erforderlich. Die schiere Anzahl therapeutischer Accounts von Psychologiestudierenden, Psychotherapeut*innen in Ausbildung und approbierten Therapeut*innen, die in den letzten Jahren entstanden sind, zeigt auf, wie wichtig es ist, die Sensibilität für eine professionelle und ethische Haltung in sozialen Medien schon frühzeitig in der Ausbildung zu implementieren.

Letztendlich möchte ich mit meiner Arbeit eine bewusste individuelle und kollegiale Auseinandersetzung anregen, die therapeutische Verantwortung auch im Raum der sozialen Medien zu übernehmen und diesbzgl. gemeinsam neue Standards zu entwickeln.

Literatur

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.). Oxford UP.
- BPTK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2007). Muster-Berufsordnung. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf.
- Cotter, K. (2019). Playing the visibility game: How digital influencers and algorithms negotiate influence on Instagram. *New media & society*, 21(4), 895–913.
- Freud, S. (1919a). Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW XII*, 183–194.
- FSP [Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen] (2011). Berufsordnung. https://www.psychologie.ch/sites/default/files/media-files/2019-07/rz_19fsp_berufsordnung_4sprachig_web.pdf.
- Gilmore, K. (2021). Narzissmus und soziale Medien. In S. Doering, H.-P. Hartmann & O.F. Kernberg (Hg.), *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie* (S. 73). Schattauer.
- König, K. (2005). *Abstinenz, Neutralität und Transparenz in psychoanalytisch orientierten Therapien*. Klett-Cotta.
- Mertens, W. (Hg.). (2014). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (4. Aufl.). Kohlhammer.
- Neumann, J., Steckling, T., Heimes, J. & Elsche, H. (2022). *Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Beltz.
- Pope, K.S. & Vasquez, M.J.T. (2010). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide* (4. Aufl.). Wiley.
- Senf, W. & Broda, M. (2007). *Praxis der Psychotherapie*. Thieme.
- Wöller, W. & Kruse, J. (Hg.). (2015). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* (4. Aufl.). Schattauer.

Therapists in social media Applying professional and ethical principles to the social media space

Abstract: In the context of digitalization, more and more private and public communication takes place in the space of so-called social media. The topic of mental health is also vividly moved there. In the context of this development, numerous accounts of therapeutically working people have emerged on various digital platforms (e.g. Instagram), which are dedicated to this topic. The professionalism in the implementation of the public appearance varies considerably. Licensed psychotherapists are also using social media more and more to draw attention to their work, to educate or to pursue professional politics. So far, this public space for therapists has hardly been regulated. It is therefore all the more important to be aware of the professional responsibility that also applies there. This includes, in particular, applying therapeutic principles of abstinence and neutrality to digital behavior and

resisting the potential narcissistic pull of the platforms. The four medical ethical principles offer a helpful and obligatory orientation. In this article, the author reflects on this new development from a psychodynamic perspective and against the background of her several years of experience with her own practice profile on Instagram. In doing so, she invites a professional discourse aimed at a more professional design of the media space.

Keywords: social media, Instagram, professional stance, neutrality, abstinence, ethics.

Terapeuti e social media Utilizzo di principi di base professionali ed etici nella sfera mediale

Riassunto: Con l'avvento della digitalizzazione un numero sempre crescente di comunicazioni private e pubbliche avviene all'interno dei cosiddetti social media e anche il tema della salute psichica vi viene affrontato con frequenza. A fronte di questo sviluppo, su diverse piattaforme digitali (ad es. Instagram) sono comparsi numerosi account di persone che lavorano come terapeuti e che si dedicano a questo tema, ma la professionalità collegata a questi profili pubblici varia in maniera molto significativa. Anche gli psicoterapeuti abilitati utilizzano sempre più spesso i social media per attirare l'attenzione sul loro lavoro, informare o portare avanti politiche professionali. Ad oggi questo spazio pubblico praticamente non prevede regole da rispettare per i terapeuti: tanto più importante è, quindi, che questi siano consapevoli della loro responsabilità professionale, valida anche sui social network. In particolare devono ricordare che i principi terapeutici dell'astinenza e della neutralità vanno applicati anche ai comportamenti digitali e che devono resistere alla potenziale deriva narcisistica a cui possono portare queste piattaforme. I quattro principi dell'etica medica offrono un valido aiuto per orientarsi e agire nel rispetto dei propri obblighi professionali. Nel presente articolo l'autrice riflette su questo nuovo sviluppo da un punto di vista psicodinamico, alla luce della sua esperienza pluriennale con un profilo professionale su Instagram. Invita così a promuovere un confronto tecnico che mira a strutturare in modo più professionale lo spazio mediale in cui ci si muove.

Parole chiave: Social media, Instagram, atteggiamento professionale, neutralità, astinenza, etica

Die Autorin

Jana A. Heimes ist psychologische Psychotherapeutin im Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Sie arbeitet in Berlin in eigener Praxis und führt für diese seit 2018 einen öffentlichen Account auf Instagram (@psycho_dynamik). Im kollegialen Austausch hat sie sich umfassend mit den Möglichkeiten und Grenzen eines professionellen Auftritts in sozialen Medien beschäftigt und ist Coautorin des Buchs *Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching* (2022).

Kontakt

info@psychodynamischePraxis.de

Les thérapeutes sur les réseaux sociaux

Application de principes de base professionnels et déontologiques à l'espace des réseaux sociaux

Jana A. Heimes

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 17–18

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-17>

Mots clés : Réseaux sociaux, Instagram, attitude professionnelle, neutralité, abstinence, déontologie

Tout comme la théorie et la pratique psychothérapeutiques ne cessent de poursuivre leur développement en continu, l'environnement dans lequel la psychothérapie est appliquée change également. En ces temps de numérisation croissante de la vie publique et privée, de plus en plus d'interactions entre personnes ont lieu sur les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram et Twitter.

Le thème de la santé mentale a également frayé son chemin sur les réseaux sociaux et y est partagé par exemple sous le Hashtag #mentalhealth ou #endstigma. Les contenus et offres sur des profils qui sont consacrés à ce thème ont des qualités professionnelles variées. On trouve sur les réseaux sociaux quelques profils d'expertes et d'experts qualifiés. Une grande partie des comptes qui traitent de la santé mentale semble toutefois être tenus par des personnes qui n'ont pratiquement pas ou très peu de formation professionnelle. On peut supposer que notamment les personnes vulnérables en situations de crise de contenus se sentent attirées par des contenus tournant autour de la santé mentale, et sont réceptifs à des promesses de guérison et de solutions supposées simples. Il existe, notamment vis-à-vis de ce groupe de personnes, y compris en ligne, une responsabilité professionnelle particulière. Une présentation irréfléchie et non-professionnelle de thérapeutes dans des réseaux sociaux présente en outre le risque de porter atteinte à la confiance dans la méthode de la psychothérapie en général, et à accroître les réticences des personnes concernées à se soumettre effectivement à un traitement professionnel effectif.

La communauté de psychothérapeutes ne doit pas capituler face à cette évolution. Il s'agit plutôt d'élargir les espaces d'éclaircissement et d'interpellation de la société autour de l'espace numérique. Les éclaircissements doivent être apportés là où le plus grand nombre de personnes et où le thème important de la santé psychique peut acquérir de la visibilité.

De plus en plus de thérapeutes osent franchir l'étape de la visibilité sur les réseaux sociaux et créent des comptes publics pour leur cabinet, par exemple sur Instagram. Afin d'assumer leur responsabilité vis-à-vis de leurs (futurs) patientes et patients et personnes concernées, il est important d'adopter également en ligne une attitude

professionnelle, de préserver les principes importants de l'abstinence et de la neutralité thérapeutique, et de transposer les principes déontologiques de base du travail thérapeutique dans l'espace des réseaux sociaux. Je me confronte aux questions théoriques et pratiques qui en résultent depuis la création de mon compte de cabinet sur Instagram il y a désormais cinq ans.

Le modèle du code déontologique allemand pour les psychothérapeutes psychologiques et les thérapeutes de l'enfance et de l'adolescence (BPtK, 2007) ne contient jusqu'à présent aucune directive concrète pour la tenue d'un compte professionnel sur les réseaux sociaux. Le comportement professionnel défini dans le code déontologique doit toutefois, pour des raisons de responsabilité professionnelle, également servir d'étalon sur les réseaux sociaux. Le code de déontologie (ibid., p. 4) stipule que le comportement professionnel a pour but :

« De promouvoir la confiance entre les psychothérapeutes et leurs patients, d'assurer la protection des patients, de la qualité de l'activité psychothérapeutique dans l'intérêt de la santé de la population, de préserver et de promouvoir le libre exercice de la profession, de promouvoir un comportement professionnel et de prévenir tout comportement non professionnel. »

Les quatre principes de base de la déontologie médicale (s'inspirant de Beauchamp & Childress, 2008) donnent ici une orientation claire sur les exigences de comportement professionnel qu'une action thérapeutique doit satisfaire : éviter les dommages, respecter l'autonomie des patientes et des patients, multiplier les avantages et viser l'équité. La prise en compte de ces principes doit être aujourd'hui également étendue à la présentation professionnelle sur les réseaux sociaux. La même chose vaut pour les principes thérapeutiques fondamentaux d'abstinence et de neutralité, qui font l'objet d'une attention particulière dans la thérapie psychodynamique, tout en possédant toutefois dans leur implication une validité générale pour toutes les procédures psychothérapeutiques.

L'abstinence en psychothérapie signifie que l'ajustement thérapeutique doit servir uniquement à l'amélioration

ration des patientes et des patients. D'autres souhaits et besoins du côté des thérapeutes ne doivent pas être satisfaits dans la relation thérapeutique (Mertens, 2014). La manière dont ce principe est appliqué dans la pratique est considéré de façon exhaustive dans le cadre de la formation thérapeutique de base et postgrade.

Sur les réseaux sociaux, cela signifie que les comptes dans lesquels des thérapeutes deviennent visibles dans leur rôle thérapeutique professionnel imposent une responsabilité particulière en termes de professionnalisme et de standard éthique. Ceci devient particulièrement pertinent si on réfléchit au fait que des patientes et patients propres ou futurs peuvent également suivre un compte. Chaque contenu qui est partagé publiquement sur des comptes, chaque interaction publiquement visible des thérapeutes peut trouver son chemin dans la relation thérapeutique. Le compte individuel public représente également toujours toute une profession qu'il s'agit de représenter dignement. Il n'existe jusqu'à présent, ni de la part de la chambre des psychothérapeutes ni de la part des associations, de recommandations claires quant à la manière d'assumer cette responsabilité. Il est d'autant plus important de toujours refléter sa propre activité sur les réseaux sociaux en toute conscience, qu'il s'agisse de soi et dans l'échange avec des collègues.

Les algorithmes des réseaux sociaux semblent préférer des contenus idéalisés, (supposés) privés et suscitant des émotions (Cotter, 2019). Une présentation suivant ce principe en tant que thérapeute n'est pas compatible avec le principe de la neutralité thérapeutique. Pour appliquer ce principe à la tenue d'un compte sur les réseaux sociaux, sa propre présentation doit toujours être réfléchie en toute conscience. Si des avis, opinions et valeurs des thérapeutes se voient accorder trop de présence, l'espace dans lequel une autre personne ayant une attitude différente peut se sentir accepté se réduit.

À la différence du contact direct avec des patientes et des patients dans son cabinet, la personne destinataire des messages n'est pas claire dans les réseaux sociaux. Là où, dans son cabinet, des dévoilements propres bien réfléchis et ciblés peuvent porter leurs fruits en tant qu'intervention de traitement dans l'ajustement individuel, vous touchez en ligne un public non filtré. Il faut toujours penser à la manière dont une contribution sur le profil professionnel est lue et interprétée par des patientes et patients effectifs ou potentiels et pourrait être rapportée à soi-même et à la thérapie ; c'est-à-dire le potentiel de transmission que la contribution offre aux différentes patientes et patients et le modèle de transmission que le dévoilement propre pourrait également inhiber.

Le succès sur les réseaux sociaux est défini par l'attention et la reconnaissance sous la forme de « Likes »

et le nombre des « Followers ». Les thérapeutes possédant des comptes professionnels doivent se soustraire consciemment à ces « spirales narcissiques susceptibles de se renforcer d'elles-mêmes » (Neumann et al., 2022). Une mise en scène propre se focalisant sur sa propre personne représentée de façon idéalisée contredit les principes représentés de professionnalisme thérapeutique. La reconnaissance du professionnalisme et de l'utilité de ses propres contributions peut servir d'alternative en tant que source adéquate de *satisfaction narcissique*.

Toutes ces réflexions critiques ne doivent pas dissuader de devenir également visible publiquement en tant que psychothérapeute en ligne. Les réseaux sociaux sont un lieu constamment croissant d'interaction entre les gens et un lieu important d'évolution de la société. Au lieu d'avoir peur de l'inconnu, les psychothérapeutes peuvent prendre leur courage à deux mains et participer de façon proactive à cette évolution. Ce lieu peut sûrement profiter de la représentation professionnelle de notre profession. Le thème de la santé mentale s'est vu accorder de plus en plus d'attention au cours des dernières années, également renforcé par la pandémie de Corona. Cette opportunité de clarification et d'éducation peut et doit maintenant être utilisée intentionnellement par les expertes et les experts.

Il y a toutefois clairement une nécessité de corroborer de façon plus approfondie ces premières réflexions au plan théorique et surtout aussi empirique. Les thérapeutes ont jusqu'ici été laissés à eux-mêmes pour la configuration de leurs comptes et de leurs interactions en ligne. Des directives claires, qui sont également ancrées dans le code déontologique, sont nécessaires. Il est pour cela nécessaire de pénétrer de manière réfléchie dans cet espace jusqu'ici pratiquement non réglementé et de tenir un discours professionnel à ce sujet.

L'auteur

Jana A. Heimes est psychothérapeute psychologique recourant le procédé de la psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs dans des configurations individuelles et de groupe. Elle travaille à Berlin dans son propre cabinet et tient pour ce dernier depuis 2018 un compte public sur Instagram (@psycho_dynamik). Elle s'est beaucoup préoccupée des possibilités et des limites d'une présentation professionnelle sur les réseaux sociaux dans le cadre d'un échange avec des collègues et est co-auteur du livre *Social-Media-Profile in Psychotherapie, Beratung und Coaching* (2022).

Contact

info@psychodynamischePraxis.de

Exposition auf Knopfdruck

Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) bei Phobien und Süchten

Marcus Täuber

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 19–23

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-19>

Zusammenfassung: Der Einsatz von Expositionstherapien ist durch den teilweise hohen Aufwand limitiert, die *In-vivo*-Konfrontationen bedürfen. VRET (Virtual Reality Exposure Therapy) bietet praktikable Alternativen durch kontrollierte Simulation der Reize. Die VRET findet daher immer mehr Eingang in Psychotherapie und Psychiatrie. Der Evidenzgrad von VRET bei spezifischen Phobien ist insgesamt als sehr hoch einzustufen. Eine grosse therapeutische Herausforderung stellt die Behandlung von Suchterkrankungen dar. Der klinische Nutzen von VRET in Zusammenhang mit Süchten wurde daher in den letzten Jahren zunehmend untersucht. In verschiedenen Studien konnte dahingehend ein *proof of concept* erbracht werden, als dass Suchtkranke auf die virtuelle Konfrontation mit Alkohol und anderen Substanzen sowie Glücksspiel mit erhöhtem Suchtdruck reagieren. Konkrete therapeutische Konzepte werden aktuell entwickelt und untersucht. Die positive Evidenzlage wie auch technische Weiterentwicklungen und geringere Anschaffungskosten sprechen für die Verbreitung der Anwendung von VRET in psychiatrischen Kliniken und psychotherapeutischen Praxen.

Schlüsselwörter: Virtual Reality, Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), Phobie, Sucht, Suchtdruck

Einführung

Während Angsterkrankungen weltweit mit einer Einjahresprävalenz von 10,6 % zu den häufigsten psychischen Störungen gehören, werden bei Substanzmissbrauch und Süchten nur 7,1 % adäquat behandelt, wobei der erforderliche multidisziplinäre Ansatz eine besondere therapeutische Herausforderung darstellt (Wancata et al., 2011; Degenhardt et al., 2017). Die chronische Beeinträchtigung der Lebensqualität kennzeichnet den hohen Leidensdruck der Patient*innen. Sowohl für Angsterkrankungen als auch für die Behandlung von Süchten sind niederschwellige und effektive Behandlungsformen in Klinik wie niedergelassenem Bereich von grosser Bedeutung.

Die Expositionstherapie basiert auf dem Konzept der klassischen Konditionierung, ist verhaltenstherapeutisch gut etabliert und oftmals Mittel der Wahl. In den deutschen und internationalen Leitlinien wird die Expositionstherapie bei spezifischen Phobien sogar als Erstlinientherapie empfohlen (Tsamitros et al., 2022). Sie beruht auf einer graduellen und wiederholten Konfrontation der Patient*innen mit den entsprechenden angstevozierenden Stimuli. Bei der Expositionstherapie werden die Patient*innen demnach angeleitet, angstbesetzte Objekte oder Szenen nicht mehr zu vermeiden, sondern sie gezielt aufzusuchen. In der therapeutischen Praxis erweist sich die Durchführung von solchen *In-vivo*-Expositionen allerdings häufig als herausfordernd, bspw. wenn die Höhenangst unter therapeutischer Begleitung auf tatsächlichen Höhen behandelt werden soll

(Altenhofer & Täuber, 2020). Ein weiterer Nachteil in der *In-vivo*-Exposition liegt darin, dass diese Art der Intervention von Patient*innen mitunter als stressig und unangenehm erlebt wird, was zu Therapieabbrüchen führt (Boeldt et al., 2019).

Mittels Virtual Reality (VR) können Expositionen kontrolliert und in einem sicheren Ambiente durchgeführt werden. So lassen sich diese Probleme zumindest prinzipiell reduzieren oder sogar gänzlich vermeiden. Die Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) wurde bei spezifischen und sozialen Phobien bereits intensiv erforscht, und kann einen positiven Evidenzgrad vorweisen (Altenhofer & Täuber, 2020). In den letzten Jahren kamen Untersuchungen zur VRET bei Substanzmissbrauch und Süchten hinzu. Von Substanzen wie Nikotin, Alkohol, Kokain, Cannabis aber auch von Glücksspielautomaten und Internetspielen können in der VR realistische Szenarien mit Reizen erzeugt werden, die zu Suchtdruck (*craving*) führen können. In der Tat konnte gezeigt werden, dass virtuelle Reize wie Zigarettenschachteln oder Alkoholflaschen bei Suchtpatient*innen unmittelbar zu gesteigertem *craving* führen (Segawa et al., 2020). Diese Reaktivität ist die konzeptionelle Bedingung dafür, dass VRET-Interventionen einen wirksamen Ansatz in der Behandlung von Süchten darstellen können. In dieser Arbeit wird der Stand der Forschung zu VRET bei Phobien und Süchten auf Basis von Metaanalysen und systematischen Reviews diskutiert. Zusätzlich werden Entspannungsinterventionen via VR als Möglichkeit vorgestellt, VRET effizienter zu gestalten.

VRET bei spezifischen und sozialen Phobien

Die mittlerweile grosse Zahl an Studien zu VRET bei Angsterkrankungen ermöglicht es, diese solide zu evaluieren und die Effektstärke valide einzuordnen. Entsprechend sind dazu umfangreichere Metaanalysen erstellt und publiziert worden (Altenhofer & Täuber, 2020; Freitas et al., 2021; Tsamitros et al., 2022).

Insgesamt 30 Studien mit 1.057 Teilnehmern wurden von Carl et al. (2019) ausgewertet, darunter 14 Studien zu spezifischen Phobien. Die Ergebnisse demonstrieren eine hohe Effektstärke für VRET versus Warteliste ($g = 0.90$) sowie mittel bis hohe Effektstärke für VRET versus psychologische Placebo-Kontrollgruppen ($g = 0.78$). Ein Vergleich zwischen VRET und *In-vivo*-Therapien zeigte keine Signifikanz in der Effektstärke. Die Befunde sind konsistent für alle untersuchten Formen von Angststörungen und weisen darauf hin, dass VRET eine wirksame Intervention bei Angststörungen darstellt.

Fodor et al. (2018) haben bei Angststörungen und Depression 39 Studien analysiert, und konnten ebenfalls eine hohe Effektstärke von $g = 0.79$ versus Kontrollgruppen (95 % CI 0.57 bis 1.07) bei Angststörungen demonstrieren. In der Metaanalyse von Wechsler et al. (2019, $n = 371$) zeigt sich im Prä-Post-Vergleich von VRET und Expositionstherapie *in vivo* ebenfalls eine grosse Effektstärke ($g = 1,00$ und $1,07$).

Opris et al. (2012) haben bereits die Ergebnisse aus VRET-Studien zu Angststörungen zusammengefasst und dabei festgestellt, dass VRET der Wartelistekontrolle deutlich überlegen ist und VRET eine ähnliche Wirksamkeit zeigt wie Verhaltenstherapie und kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen. Zudem veröffentlichten die Autor*innen, dass VRET stabile Ergebnisse über die Zeit und somit eine nachhaltige Wirkung aufweist und es eine Dosis-Wirkungs-Beziehung für VRET gibt.

In einer Metanalyse von 2021 erhoben Freitas et al. (2021), ob die klinische Wirksamkeit der VRET mit der *In-vivo*-Expositionstherapie vergleichbar ist. Sie fanden einen positiven Outcome für die Wirksamkeit der VRET für die meisten untersuchten Phobien. Bei wenigen spezifischen Phobien konnte die Wirkung von VRET nicht erbracht werden, was einerseits mit dem geringeren Immersionsgrad und andererseits mit der geringen Fallzahl der Studien interpretiert wurde.

Trotz hoher Evidenzlage und hoher Effektstärke insgesamt sind daher weitere Studien und Untersuchungen zu spezifischen Phobien sowie des Weiteren Optimierungen im Behandlungsprotokoll wünschenswert.

Ein häufiges Problem bei *In-vivo*-Expositionen sind fehlende Akzeptanz und Dropouts von Patient*innen durch die Belastung, die Angstreize erzeugen. VRET könnte hier einen Vorteil bieten, da die Konfrontationen kontrollierter und in einem sicheren nicht-realen Kontext ablaufen. Benbow und Anderson (2019) haben eine Metaanalyse publiziert, in der die Wahrscheinlichkeit für Dropouts durch Patient*innen ermittelt worden ist. Über 46 untersuchte Studien ergaben für die VRET eine Therapieabbruchrate von 16 %. Bei *In-vivo*-Interventio-

nen und der kognitiven Verhaltenstherapie von Angststörungen liegt der Dropout um etwa 22 % höher. Als Hauptgrund für den Dropout bei der *In-vivo*-Exposition war die Furcht vor der Exposition mit dem tatsächlich angstausslösenden Reiz genannt, bei der VRET lagen Gründe in den Abbrüchen vor allem darin begründet, dass sie für die Patient*innen nicht immersiv genug war (ebd.; Swift & Greenberg, 2012; Fernandez et al., 2015). Die Reviews und Metaanalysen zur VRET hinken der technischen Entwicklung in der VR-Technologie allerdings hinterher. Jedenfalls besteht Grund zur Annahme, dass sich das Hindernis durch ausgereifere Produktionen mit entsprechend höherer Immersivität, durch gesteigerten Realismus und durch mehr Interaktivität deutlich minimieren lässt.

VRET bei Süchten

Systematische Reviews wurden bereits zur Evidenzlage für VR bei Süchten publiziert. Ghiță et al. (2018) haben sich mit Alkoholmissbrauch beschäftigt und finden vielversprechende preliminäre Ergebnisse. Die Heterogenität in den Studien wie auch geringe Fallzahlen und Follow-up-Untersuchungen erlauben diesbezüglich aber noch kein klares Urteil.

Ähnlich ist die Schlussfolgerung im systematischen Review von Trahan et al. (2019), die sich mit Effekten von VRET auf Alkohol- und Nikotin-Abhängigkeit beschäftigten. Die Autor*innen sehen auf Basis von fünf Studien mit 212 Teilnehmenden einen Hinweis auf positive Effekte, die *craving* und Abhängigkeit beinhalten. Sie fassen die Wirksamkeit von VRET bei Alkohol- und Tabakmissbrauch zusammen und kommen zum Schluss, dass die VRET einen interessanten Ansatz darstellt, aber mehr Daten erforderlich sind.

In den letzten Jahren wurde in Einzelstudien speziell das *craving* auf verschiedene Arten von Reizen und Süchten in VR-Umgebung erforscht, es gilt als wichtiges diagnostisches Kriterium für Substanzmissbrauch und als bedeutsamer Prognosefaktor für Rückfälle (Vafaie & Kober, 2022). Eine Reduktion des *craving* ist demnach Indikator für den Erfolg einer Suchttherapie.

In diesem Zusammenhang fassen Segawa et al. (2020) die Evidenzlage anhand von insgesamt 37 wissenschaftlichen Artikeln zusammen. Ihre Ergebnisse wurden nach Reaktionen auf virtuelle Reize und Behandlungserfolg unterteilt. Für alle Bereiche, nämlich Nikotin, Alkohol, Kokain, Cannabis, Glücksspiel und Internetspielsucht, konnte gezeigt werden, dass Patient*innen auf virtuelle Reize mit gesteigertem *craving* reagieren. Solche virtuellen Reize waren z.B. Zigarettenschachteln, Alkoholflaschen oder Lotterieterminals, einfach, kombiniert und teilweise mit sozialem Druck durch Avatare. Die Daten weisen darauf hin, dass die virtuelle Reizexposition in psychischer und physischer Hinsicht mit der Exposition von realen Reizen vergleichbar ist. Komplexe Reizzusammensetzungen und sozialer Druck durch Avatare könnten die Wirksamkeit hinsichtlich des *craving* sogar

steigern. VR-Simulationen bieten die Möglichkeit, den Expositionsgrad bzw. das Ausmass des Auslösens von Verlangen stufenweise und kontrolliert zu erhöhen. Der systematische Review der Autor*innen belegt, dass die Provokation von Suchtdruck durch eine VR-basierte Exposition möglich ist. Zudem konnte in dieser Arbeit auch die grundsätzliche Wirksamkeit von VR-gestützter Suchttherapie gezeigt werden, da durch wiederholte Exposition von Stimuli der Suchtdruck abnimmt. Optional wäre freilich auch ein Ansatz, lediglich *craving* durch VRET zu induzieren, den Suchtdruck selbst aber durch andere Behandlungsformen und Copingstrategien zu reduzieren. Diese Resultate sind ein *proof of concept* für die Möglichkeit, Missbrauchs- und Suchtproblematiken mittels VRET zu behandeln. Das Erlernen von Bewältigungsstrategien im virtuellen Raum wirkt sich laut den Autor*innen zusätzlich positiv auf Suchtdruck und das Abstinenzverhalten aus.

Kritischer betrachtet wird die Datenlage in einem systematischen Review von Langener et al. (2021), in dem Publikationen nach klinischen Outcomes analysiert, mit damaligem Stand keine eindeutigen Ergebnisse gefunden und Studien mit klaren klinischen Endpunkten, randomisiert-kontrollierten Designs und adäquaten Follow-ups gefordert wurden. Geht man davon aus, dass VRET als wirksame Ergänzung, aber keineswegs isoliert als alleinige Intervention zur Therapie der Sucht eingesetzt wird, und es für den integrativen Ansatz nicht ein allgemein gültiges Protokoll gibt, muss man die Bewertungen der Autor*innen relativierend betrachten. Angesichts der Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten mit VR und der individuellen Zusammenstellung begleitender Interventionen könnte sich der klinische Nachweis unter standardisierten Bedingungen als schwierig und langwierig erweisen sowie den Nutzen der VRET als ergänzende Strategie nicht ausreichend widerspiegeln. Was es demnach bräuchte, wären vor allem *Real-Life*-Daten aus der klinischen Anwendung.

Insgesamt lässt sich daher schlussfolgern, dass mittels VRET hoffnungsvolle Erweiterungen des Behandlungsrepertoires bei Suchterkrankungen prinzipiell zu erwarten sind. Die in dem Review präsentierten Studien beschäftigten sich mit einer breiten Palette an unterschiedlichen Missbrauchs- und Suchtproblematiken in verschiedenen Umgebungen (Segawa et al., 2020). In den verschiedenen Szenarien liegt ein besonderer Vorteil von VRET in Hinblick auf Süchten, da Substanzkonfrontationen mit sozialen Situationen unterschiedlich kombiniert werden können. Klinische Studien sind erforderlich, um die Wirkfaktoren zu charakterisieren und die Umsetzung des Konzepts in die Praxis zu unterstützen (Langener et al., 2021). Allerdings dürfen diese nicht überbewertet werden und sollten die klinische Erfahrung nicht ersetzen.

Entspannung in VRET-Interventionen

Expositionen von Stimuli, die Angstreaktionen oder *craving* auslösen, stellen einen nicht zu unterschätzenden Stressfaktor für Patient*innen dar. Das Erlernen von Ent-

spannungsübungen im Zuge der VRET ist daher nicht ungewöhnlich. So wurde z. B. ein Fünf-Schritte-Protokoll für den Einsatz bei Phobiepatient*innen entwickelt, das mit Atemtechniken als Vorbereitung der VRET arbeitet (Altenhofer & Täuber, 2020).

Shiban et al. (2017) haben eine Pilotstudie mit Zwerchfellatmung bei VRET von Aviophobie durchgeführt. Die Versuchsgruppe, die VRET in Kombination mit der entspannenden Atemtechnik angeleitet bekamen, zeigten eine höhere Tendenz, die Flugangst zu überwinden. In der klinischen Praxis werden Atemtechniken geübt, bevor es zur eigentlichen VRET-Intervention kommt. Hier wären mehr Daten wünschenswert, mit einem Repertoire an Entspannungstechniken wie tiefe Atmung, progressive Muskelrelaxation und Achtsamkeit.

Keine relevante Publikation konnte zu VR-induzierten Entspannungen im Zuge von VRET vorgefunden werden. Dies wäre ein wichtiger Untersuchungsbereich, denn der Einsatz von VR ermöglicht es prinzipiell, direkt entspannende Szenen mittels virtueller Realitäten zu erzeugen. Dies können sowohl 360°-Filme sein, in denen Patient*innen entspannende Szenen passiv erleben, oder computergenerierte Simulationen, in denen auch Interaktionen oder sogar Biofeedback-Integrationen möglich sind. Mit Biofeedback ist eine messgenaue Identifikation von stressauslösenden und entspannenden Szenen der Konfrontation möglich, wodurch Interventionen zielgenauer durchgeführt werden können (Kothgassner et al., 2022).

Untersuchungen zur *attention restoration theory* zeigen, dass Naturkulissen einen regenerativen Effekt auf Menschen ausüben (White et al., 2013). Liszio et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang bei 62 gesunden Proband*innen zum Resultat, dass VR-Natureexpositionen nach akutem Stress rasch eine positive Stimmung und Wohlbefinden fördern. Eine höhere Immersivität ist dabei ein wesentlicher Faktor, der die Entspannungsreaktion unterstützt. In zwei Fallstudien an der Universität Salzburg wurden mit dem *VR Coach smart system* VR-Naturaufnahmen im 360°-Modus gezeigt. Nach einem akuten Stressereignis (spontane Selbstpräsentation vor einer Gruppe) konnten innerhalb von zwei Minuten Herzratenvariabilität und Puls sehr schnell wieder in den Entspannungsbereich gebracht werden (Täuber & Altenhofer, i. V.).

Studien zu Natureexpositionen bei Angst- und Suchtpatient*innen vor, während und nach einer VRET-Intervention, wären interessant, um zu explorieren, ob sich der Stressfaktor mit diesen besser managen lässt.

Diskussion

Insgesamt ist VRET bei spezifischen Phobien puncto Wirksamkeit (Effektstärke) vergleichbar mit der *In-vivo*-Exposition und deutlich der Warteliste oder Kontrollgruppe überlegen. Der Vorteil der VR-Anwendung besteht vor allem in geringeren praktischen Hemmnissen. Entscheidend für die Akzeptanz der Patient*innen ist eine

ausreichende Immersivität. Ist diese zu gering, wirkt sie sich auf eine erhöhte Abbruchrate aus (Swift & Greenberg, 2012; Fernandez et al. 2015; Benbow & Anderson, 2019). Die positiven Effekte der VRET bei Phobien auf den Alltag sind von Lindner et al. (2021) mit der *lowered threshold hypothesis* beschrieben, nach der VRET die Schwelle für Patient*innen reduziert, Konfrontationen mit phobischen Situationen im realen Leben einzugehen.

Bei Suchterkrankungen zeigt sich, dass unterschiedliche virtuelle Reize in Zusammenhang mit Süchten ein relevantes Ausmass an *craving* hervorrufen können. Diese Wirkung umfasst unterschiedliche Reize und Formen der Sucht, sodass von einem generellen Phänomen ausgegangen werden kann. Mehr noch gibt es Daten, wonach die wiederholte Konfrontation mit suchtdruckerzeugenden Reizen das *craving* reduzieren. Da eine zunehmende Zahl an Kliniken bereits auf VR bei Süchten setzen und hierzu untersuchen, wird die klinische Datenlage bei VRET von Missbrauchs- und Suchterkrankungen in den nächsten Jahren einen enormen Wissenszuwachs erfahren.

Es ist bei der VRET zu empfehlen, Entspannungsübungen zu erlernen oder anzuleiten. Dabei gibt es neben Ansätzen wie Atemtechniken, progressiver Muskelentspannung und Achtsamkeit auch die Option, über VR Entspannungsprogramme einzubauen. Der Einsatz von VR in der Entspannung könnte dazu führen, dass Patient*innen VR nicht nur mit dem negativen Reiz assoziieren, was sich wiederum positiv auf die Akzeptanz auswirken sollte. Ausserdem ist VR ein sehr effektives Tool, um sehr rasch physiologische Erholung von Stressreizen zu erlangen, wie eine Messung an der Universität Salzburg von Herzratenvariabilität und Puls gezeigt hat (Täuber & Altenhofer, i. V.). Eine Anforderung an VR-Systeme wäre es, dass diese es ermöglichen, entspannende Szene direkt in VRET-Programme einzuspielen. Dadurch kann effizient zwischen den Expositionen von Angst- und Suchtdruckreizen einerseits und den von Entspannungsszenen wie Berge, Meer und Wald gewechselt werden, ohne dass die Patient*innen etwas tun müssen.

Auch wenn Anwendungen in VR noch nicht auf breiter Front im klinischen Alltag integriert sind, wird ihre Wirksamkeit durch eine steigende Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen gestützt. Für den breiten Anwendungsbereich der VRET sind generell von Vorteil preisgünstige und niederschwellige Hard- und Software mit wahlweise Kauf- oder Mietmöglichkeiten, die Möglichkeit, unterschiedliche Szenarien hochzuladen und interaktiv einzusetzen, sowie hohe Immersivität.

Optimale Szenarien sind computergenerierte, vollinteraktive Umgebungen, durch die sich Patient*innen bewegen, dort Gegenstände greifen und Aufgaben lösen können. So kann der Grad der Konfrontation von Patient*innen, aber auch von Therapeut*innen individuell gesteigert werden. Teilweise ist auch eine spielerische Herangehensweise an angst- oder stressauslösenden Situationen möglich. Therapeut*innen können am Laptop aktiv in das Szenario eingreifen und verschiedene Änderungen bzw. Aktionen steuern. 360°-Filme werden ebenfalls für Expositionen in angst- oder stressauslösen-

den Situationen verwendet – ihr Vorteil liegt darin, dass sie ohne hohen Produktionsaufwand eine realistische Erfahrung bieten. Sinnvoll sind Szenarien mit Avataren, über die Therapeut*innen individuell zu den Patient*innen sprechen können sowie interaktive Szenarien mit Avataren. Bspw. können eingesetzt werden: hartnäckige Trinkaufforderungen durch Gäste, Lob und Kritik durch Vortragpublikum, kritische Fragen in einer Prüfungs- oder Bewerbungssituation, Gesprächsverwicklung in einem Bus oder im Flugzeug.

Allein aus diesen Möglichkeiten zeigt sich, wie viel Gestaltungsraum für Therapeut*innen und Potenzial in der Anwendung besteht. Die VRET wird daher in den nächsten Jahren noch stärker an Bedeutung in Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie gewinnen, andererseits aber hohe Anforderungen an Entscheidungen und Gesprächsführung durch Therapeut*innen stellen. Für klinische Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen werden Aus- und Weiterbildungen bereits angeboten (VR Coach GmbH: <https://www.vr-coach.at>).

Literatur

- Altenhofer, M. & Täuber, M. (2020). Virtual-Reality-Exposition in der Behandlung von Phobien. *V & V*, 41(1), 48–54.
- Benbow, A.A. & Anderson, P.L. (2019). A meta-analytic examination of attrition in virtual reality exposure therapy for anxiety disorders. *J. Anxiety Disord.*, 61, 18–26.
- Boeldt, D., McMahon, E., McFaul, M. & Greenleaf, W. (2019). Using Virtual Reality Exposure Therapy to Enhance Treatment of Anxiety Disorders: Identifying Areas of Clinical Adoption and Potential Obstacles. *Front. Psychiatry*, 10, 773.
- Carl, E., Stein, A.T., Levihn-Coon, A. et al. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Anxiety Disord.*, 61, 27–36.
- Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S. et al. (2017). World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborators. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 16(3), 299–307. <https://doi.org/10.1002/wps.20457>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J.K. & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *JCCP*, 83, 1108–1122.
- Fodor, L.A., Coteș, C.D., Cuijpers, P. et al. (2018). The effectiveness of virtual reality based interventions for symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Sci. Rep.*, 8, 10323.
- Freitas, J.R.S., Velosa, V.H.S., Abreu, L.T.N. et al. (2021). Virtual Reality Exposure Treatment in Phobias: a Systematic Review. *Psychiatr. Q.*, 92(4), 1685–1710. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09935-6>
- Ghiță, A. & Gutiérrez-Maldonado, J. (2018). Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addict. Behav.*, 81, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.036>
- Kothgassner, O.D., Goreis, A., Bauda, I. et al. (2022). Virtual reality biofeedback interventions for treating anxiety: A systematic review, meta-analysis and future perspective. *Wien Klin. Wochenschr.*, 134(Suppl 1), 49–59. <https://doi.org/10.1007/s00508-021-01991-z>
- Langener, S., Van Der Nagel, J., van Manen, J. et al. (2021). Clinical Relevance of Immersive Virtual Reality in the Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review and Future Perspective. *J. Clin. Med.*, 10(16), 3658. <https://doi.org/10.3390/jcm10163658>

- Lindner, P., Dafgård, P., Miloff, A. et al. (2021). Is continued improvement after automated virtual reality exposure therapy for spider phobia explained by subsequent in-vivo exposure? A first test of the lowered threshold hypothesis. *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645273>
- Liszio, S., Graf, L. & Masuch, M. (2018). The relaxing effect of virtual nature: Immersive technology provides relief in acute stress situations. *ARCTT*, 16, 87–93.
- Oprîş, D., Pinteă, S., García-Palacios, A. et al. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depress. Anxiety*, 29, 85–93.
- Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A. et al. (2020). Virtual Reality (VR) in Assessment and Treatment of Addictive Disorders: A Systematic Review. *Front. Neurosci.*, 13, 1409. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409>
- Shiban, Y., Diemer, J., Müller, J. et al. (2017). Diaphragmatic breathing during virtual reality exposure therapy for aviophobia: functional coping strategy or avoidance behavior? a pilot study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1181-2>
- Swift, J.K. & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *JCCP*, 80, 547–559.
- Täuber, M. & Altenhofer, M. (i. V.). Rasche Erholung nach sozialem Stress durch Virtual-Reality-Natureexposition.
- Trahan, M.H., Maynard, B.R., Smith, K.S. et al. (2019). Virtual reality exposure therapy on alcohol and nicotine: A systematic review. *Res. Soc. Work Pract.*, 29, 876–891. <https://doi.org/10.1177/1049731518823073>
- Tsamitros, N., Beck, A., Sebold, M. et al. (2022). Die Anwendung der Virtuellen Realität in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01378-z>
- Vafaie, N. & Kober, H. (2022). Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 641–650. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240>
- Wancata, J., Freidl, M. & Fabrian, F. (2011). Epidemiologie der Angststörungen. *J. Neurol., Neurochir. und Psychiatr.*, 12, 332–335.
- Wechsler, T.F., Kumpers, F. & Mühlberger, A. (2019). Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias? A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials Specifically Comparing the Efficacy of Virtual Reality Exposure to Gold Standard in vivo Exposure in Agoraphobia, Specific Phobia, and Social Phobia. *Front. Psychol.*, 10, 1758.
- White, M.P., Pahl, S., Ashbullby, K. et al. (2013). Feelings of restoration from recent nature visits. *Journal of Environmental Psychology*, 35, 40–51.

Exposure by pressing a button Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) for phobias and addictions

Abstract: The use of exposure therapies is limited by the sometimes high effort that in vivo confrontations require. VRET (Virtual Reality Exposure Therapy) offers viable alternatives through controlled simulation of stimuli. VRET is therefore increasingly finding its way into psychotherapy and psychiatry. The overall level of evidence for VRET in specific phobias can be classified as very high. A major therapeutic challenge is the

treatment of addictive disorders. The clinical benefit of VRET in the context of addictions has therefore been increasingly investigated in recent years. In various studies, a proof of concept could be shown that addicts react to the virtual confrontation with alcohol and other substances as well as gambling with increased addictive pressure. Concrete therapeutic concepts are currently being developed and investigated. The positive evidence base as well as technical advancements and lower acquisition costs speak for the spread of the application of VRET in psychiatric clinics and psychotherapeutic practices.

Keywords: virtual reality, virtual reality exposure therapy (vret), review, phobia, addiction, craving

Esposizione a portata di clic Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) contro fobie e dipendenze

Riassunto: L'utilizzo di terapie di esposizione è limitato a causa dell'impegno in parte elevato richiesto, dal momento che presuppongono confronti *in vivo*. La VRET (Virtual Reality Exposure Therapy), terapia di esposizione alla realtà virtuale, offre alternative praticabili grazie alla simulazione controllata degli impulsi ed è quindi sempre più utilizzata in psicoterapia e psichiatria. Il grado di evidenza della VRET in presenza di fobie specifiche è in linea generale molto elevato. Il trattamento delle dipendenze rappresenta una grande sfida terapeutica e negli ultimi anni l'utilità clinica della VRET per il trattamento delle dipendenze è stata oggetto di un numero crescente di studi. Molti di questi hanno fornito un *proof of concept*, dimostrando come chi soffre di dipendenza non reagisca con un aumento di desiderio quando viene posto davanti a un confronto virtuale con alcolici e altre sostanze, così come al gioco d'azzardo. Al momento si stanno sviluppando e analizzando interventi terapeutici concreti. Le evidenze positive, accanto agli sviluppi tecnici e ai costi di acquisto inferiori, sono tutti elementi a favore della diffusione dell'utilizzo della VRET nelle cliniche psichiatriche e negli studi di psicoterapia.

Parole chiave: Virtual Reality, Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), fobia, dipendenza, desiderio

Der Autor

Dr. Marcus Täuber ist promovierter Neurobiologe, Lehrbeauftragter an der Universität Wien sowie als psychologischer Coach in freier Praxis tätig. Als Mitgesellschafter der VR Coach GmbH ist er mit fachlich-wissenschaftlichen Aspekten von Virtual Reality für psychische Probleme betraut.

Kontakt

office@ifmes.com

Exposition sur pression d'un bouton

Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) pour les phobies et addictions

Marcus Täuber

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 25

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-25>

Mots clés : Virtual Reality, Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), phobie, addiction, pression d'addiction

Pour les phobies mais également pour les addictions, les interventions de confrontation représentent des approches importantes en psychothérapie. On recherche ici de manière ciblée les objets ou les situations qui sont marquées par la peur ou l'addiction. Les obstacles pratiques dans les expositions *in-vivo* restreignent cependant les applications, par exemple le vertige ou la peur de voler. La Virtual Reality (VR) permet en principe de contourner ces limitations. Il est ainsi possible de montrer des objets ou des scénarios réalistes, pour ainsi dire en appuyant sur un bouton. La Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) fait par conséquent l'objet d'une intense recherche.

La situation scientifique des données sur la VRET dans le cas de phobies spécifique peut être considérée comme très bonne, avec une signification clinique et un impact effectif élevé *par opposition* aux traitements de contrôle. L'utilité thérapeutique est également avérée dans le cas des phobies sociales. Dans l'ensemble, la VRET est dans le cas des phobies une option équivalente à la thérapie d'exposition conventionnelle en termes d'efficacité (Altenhofer & Täuber, 2020). Les avantages résident dans sa praticabilité accrue ; l'effort à accomplir par les thérapeutes tout comme les patientes et les patients est faible par rapport à l'exposition *in-vivo*. La VRET devrait, avec une immersivité suffisante, conduire également à une acceptation supérieure de la part des patients et à un moindre décrochage, du fait que les expositions *in-vivo* peuvent être vécues comme désagréables (Boeldt et al., 2019).

Dans le cas des addictions, il existe des études qui décrivent une pression d'addiction accrue sous VRET (*craving*). Cet effet est décrit par une palette d'irritations, par exemple en lien avec l'alcool, la cocaïne ou les jeux de hasard (Segawa et al., 2020). Le fait que des stimuli virtuels puissent déclencher une pression d'addiction est une condition requise pour l'efficacité clinique de VRET au niveau des addictions. Il faut partir du principe que la VRET représentera également à l'avenir un complément significatif du portefeuille thérapeutique dans le cas des maladies d'addiction.

Un point important dans le cas de la VR est le facteur de coût. Les développements technologiques ultérieurs permettent désormais une immersivité élevée pour des investissements abordables et ainsi également la possibilité, de proposer la VRET dans les cabinets psychoté-

rapeutiques. La VR permet une flexibilité élevée dans son application. Il est ainsi possible de modifier les environnements, de communiquer des avatars avec les patientes et les patients et d'augmenter ou de réduire rapidement le degré d'exposition. Les thérapeutes peuvent intervenir de façon active dans le scénario sur l'ordinateur portable et piloter diverses modifications et actions. Les thérapeutes se voient ainsi offrir de grandes possibilités de configurer des interventions individualisées sur les patientes et les patients.

Un facteur important en relation avec des expositions est la réponse au stress, qui déclenche une confrontation avec des stimuli. La VRET peut être complétée à la fois par des techniques de détente classiques et des scénarios de détente virtuels. Il est ainsi possible de montrer des coulisses naturelles relaxantes au moyen de la VR sous la forme de vidéos 360° ou d'images générées par ordinateur. Les scènes naturelles ont un effet régénérateur comme le montrent les enquêtes réalisées sur l'*attention restoration theory* (White et al., 2013). De telles interventions relaxantes peuvent également servir à familiariser les patientes et patients avec la VR. Les études réalisées de façon ciblée sur les expositions naturelles chez les patients et patientes atteints de phobies montrent qu'une intervention avant, pendant et après une intervention VRET serait souhaitable.

Le VRET offre par conséquent dans l'ensemble des formes efficaces et praticables de confrontation, avec un grand nombre de fonctionnalités. La VRET gagnera par conséquent une pertinence accrue en psychologie, en psychothérapie et en psychiatrie. Pour les thérapeutes, la VR signifie davantage de possibilités dans l'intervention. Mais la VR souligne également l'importance des psychothérapeutes du point de vue de la sélection des interventions, mais également de la tenue d'entretiens.

L'auteur

Le Dr. Marcus Täuber est docteur en neurobiologie, chargé de cours à l'université de Vienne et travaille en tant que coach psychologique en cabinet libre. En tant qu'associé de VR Coach GmbH, il est familiarisé avec les aspects techniques et scientifiques de la Virtual Reality pour les problèmes psychiques.

Contact

office@ifmes.com

Peer-Chat: Vorläufige Beurteilung des Online-Angebots

Mara Foppoli & Milena Pacciorini

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 27–34

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-27>

Zusammenfassung: Dieser Artikel beschreibt die Erfahrungen mit einem Peer-Chat-Angebot für Jugendliche, das seit 2019 in der italienischen Schweiz besteht. Beim Peer-Chat handelt sich um ein Angebot, bei dem sich Jugendliche zu regelmässigen Zeiten von Gleichaltrigen beraten lassen können. Die Peers erhalten einen Avatar. Diese Art der Beratung findet in einem vertraulichen Rahmen statt, digital und schriftlich. Für diese vorläufige Beurteilung wurden sowohl die Erfahrungen derjenigen, die dieses Angebot genutzt haben, als auch die Eigenschaften der Peers berücksichtigt. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Nutzer mit dem Dienst und die Peers mit der Entwicklung verschiedener Kategorien der Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Problemlösungskompetenz, Empathie und vielem mehr sehr zufrieden waren. Im Fazit werden sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen dieser neuen Art der digitalen Lebensberatung von Jugendlichen für Jugendliche beschrieben.

Schlüsselwörter: Peer-Chat, Chat, Online-Beratung, Peer-Beratung

Einführung

In diesem Artikel soll über die Erfahrungen mit dem Peer-Chat berichtet werden, der seit 2019 in der italienischen Schweiz angeboten wird. Es handelt sich um ein Angebot, das im weiteren Sinne zur Primärprävention gehört und eine Anlaufstelle für Jugendliche zur Besprechung ihrer Probleme bietet, wobei die Beratung in schriftlicher Form und durch Gleichaltrige erfolgt. Beschäftigt man sich mit dem Feld der Jugendberatung, den Möglichkeiten der Hilfesuche und den Hilfsangeboten für Jugendliche, so wird schnell deutlich, dass es für betroffene Jugendliche durchaus schwierig sein kann, in der Familie oder generell bei Erwachsenen Verständnis für ihre persönlichen Probleme zu finden. Der Grund dafür kann darin liegen, dass es für letztere Gruppe nicht leicht ist, aufgeschlossen zu sein, zuzuhören oder sich in die existenziellen und psychischen Probleme der Jugendlichen einzufühlen. Sicherlich kommt dabei auch zum Tragen, dass beide Gruppen aus verschiedenen Generationen stammen und daher naturgemäss unterschiedliche Sichtweisen zu diesen Themen haben. Somit haben wir auf der einen Seite Jugendliche der Generation Z, die das Gefühl haben, dass etwas mit ihnen nicht stimmt, und sich deswegen auf die Suche nach einer Diagnose machen – wobei sie sich leider nur auf das Internet verlassen. Auf der anderen Seite haben wir dann aber vielleicht Eltern, die vor dem Leiden ihres Nachwuchses die Augen verschliessen oder es bagatellisieren und auf diese Weise eine frühzeitige Intervention durch bspw. einen Psychotherapeuten verhindern.

So herrschte auch auf dem letzten IC 2022-Kongress der internationalen Kinder- und Jugendtelefone in Stockholm allgemeiner Konsens darüber, dass der Zugang zu Psychotherapien für junge Menschen immer noch stark

von wirtschaftlichen Barrieren und der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen geprägt ist. Es scheint fast so, als ob die Existenz von Problemen geleugnet würde oder als ob der Gedanke herrsche, dass es nicht möglich sei, ein Bewusstsein für psychische Probleme zu haben, nur weil man sehr jung ist. In diesem Zusammenhang erscheint das Angebot in Kanada interessant, wo Alison Simon das Modell des gestuften Vorgehens (*Stepped-Care*) vorgestellt hat: Dieses Modell umfasst verschiedene Stufen der Hilfe, die Jugendliche in Anspruch nehmen können; die professionelle Hilfe durch Therapeut*innen befindet sich dann erst am Ende dieser Kette. Das Modell trägt dazu bei, die Lücke in den Hilfs- und Beratungsdiensten für junge Menschen zu schliessen. Ebenfalls aus Kanada stammt das innovative und evidenzbasierte Modell *Stepped Care 2.0* (SC2.0©) von Peter Cornish, dessen Ziel die Organisation der Problem- und Suchthilfeangebote in einem flexiblen und partizipativen Versorgungssystem ist. Das Modell ist einzigartig in seinem patienten- und genesungsorientierten Ansatz und ist so gestaltet und umgesetzt worden, dass es den Bedürfnissen der verschiedenen Organisationen und umgebenden Gemeinschaft Rechnung trägt. Das Modell wurde sogar von der kanadischen Mental Health Commission übernommen. Die Grundidee besteht darin, die Stigmatisierung zu verringern und früher bei psychischen Problemen zu intervenieren, um eine schnellere Genesung zu fördern. Es geht darum, zur richtigen Zeit die richtige Behandlung anzubieten. Somit beginnt man mit der Bereitstellung einfacher informativer Ressourcen und gelangt dann im Rahmen eines koordinierten Systems zu intensiven Hilfsangeboten für Betroffene. Normalerweise wenden sich viele Betroffene nicht an psychosoziale Dienste oder haben Hemmungen, diese in Anspruch zu nehmen, und verfallen eher dem Drogenkonsum oder Glücksspiel.

Die Vervielfältigung und Stärkung der Hilfsangebote im Rahmen des Stepped-Care-Ansatzes könnte auch den Menschen in den ländlichen Gebieten zugutekommen und nicht nur denen in den Grossstädten. Bei Simon lag das Augenmerk auf Jugendlichen. Jedem «Step» wurde ein Schweregrad des Hilfeersuchens zugeordnet. Im nachstehenden Schaubild sehen Sie die sechs verschiedenen Schritte, die digital durchlaufen werden. Es geht zunächst um die Förderung der psychischen Gesundheit, in die vor allem die Schulen, aber auch die Gemeinschaft einbezogen werden sollten. Hier gilt es zu erkennen, dass man ein existenzielles Problem hat, z. B. mit Alkohol oder der Affektregulation. Anschliessend folgt eine Psychoedukation, bei der Informationen vermittelt werden können, die Betroffenen dabei helfen, selbst zu erkennen, was gerade mit ihnen geschieht. Ziel ist es, den Dialog zuzulassen, um aus festgefahrenen Vermeidungs- und Verleugnungsstrategien und der Nichtakzeptanz auszubrechen.

Im dritten «Step» kommen eine Reihe Tools zum Einsatz, die Betroffene über eine App selbst verwalten können – also noch immer Hilfe auf digitalem Weg. In «Step» vier schliesslich findet das Hilfsangebot durch Gleichaltrige statt. Diese können Erlebnisse reflektieren und eine offene Auseinandersetzung auf der Grundlage ihrer direkten Erfahrungen sowie der Tatsache schaffen, dass es ihnen gelungen ist, das jeweilige Problem zu überwinden und gestärkt aus der Erfahrung hervorzugehen. In diesem «Step» geht es auch um die Suche nach konkreter Hilfe vor Ort (Triage der vorhandenen Angebote). In diesen Schritt fällt auch der Peer-Chat, der im Folgenden näher untersucht und beurteilt wird. Den fünften «Step» stellen Freiwillige dar, die Betroffene so lange unterstüt-

zen, bis sie bei Psychotherapeut*innen vorstellig werden können. Mit dieser Vorgehensweise wird ein vielfältiges Betreuungssystem mit einem breit gefächerten Spektrum an Stimmen, Kompetenzen und Erfahrungen geschaffen, das den Jugendlichen das Gefühl gibt, mit ihren psychischen Problemen nicht allein und isoliert zu sein – ein Problem, das leider noch häufig auftritt.

Es geht um die gemeinsame Entwicklung verschiedener Ansätze und Massnahmen zur Einbindung der Gemeinschaft: Einholen von kontinuierlichem Feedback, Würdigung der Perspektiven derjenigen, die, obwohl sie noch sehr jung sind, eine ähnliche Erfahrung durchgemacht haben oder noch durchmachen; aber mit einem gewissen Mass an Kontrolle, wie innerhalb einer Sicherheitszone, in der Diversität, Gleichberechtigung und Inklusion berücksichtigt werden können.

Überdies ist zu berücksichtigen, dass durch die Zusammenarbeit in allen Bereichen, den Aufbau respektvoller Beziehungen innerhalb und zwischen den Teams, den Aufbau von Empathie und Vertrauen, das Zuhören, die Unterstützung und die Beachtung der sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie die Wertschätzung der verschiedenen Wege, die Menschen zur Bewältigung psychischer Krankheit und Drogenkonsum einschlagen, eine Kultur und Sprache der Hoffnung geschaffen wird.

Hypothesen und Beurteilung

Für diese erste Beurteilung wurden zwei Betrachtungsweisen herangezogen: die der Personen, die den Peer-Chat nutzen, und die der Eigenschaften der Peers, d. h. der Per-

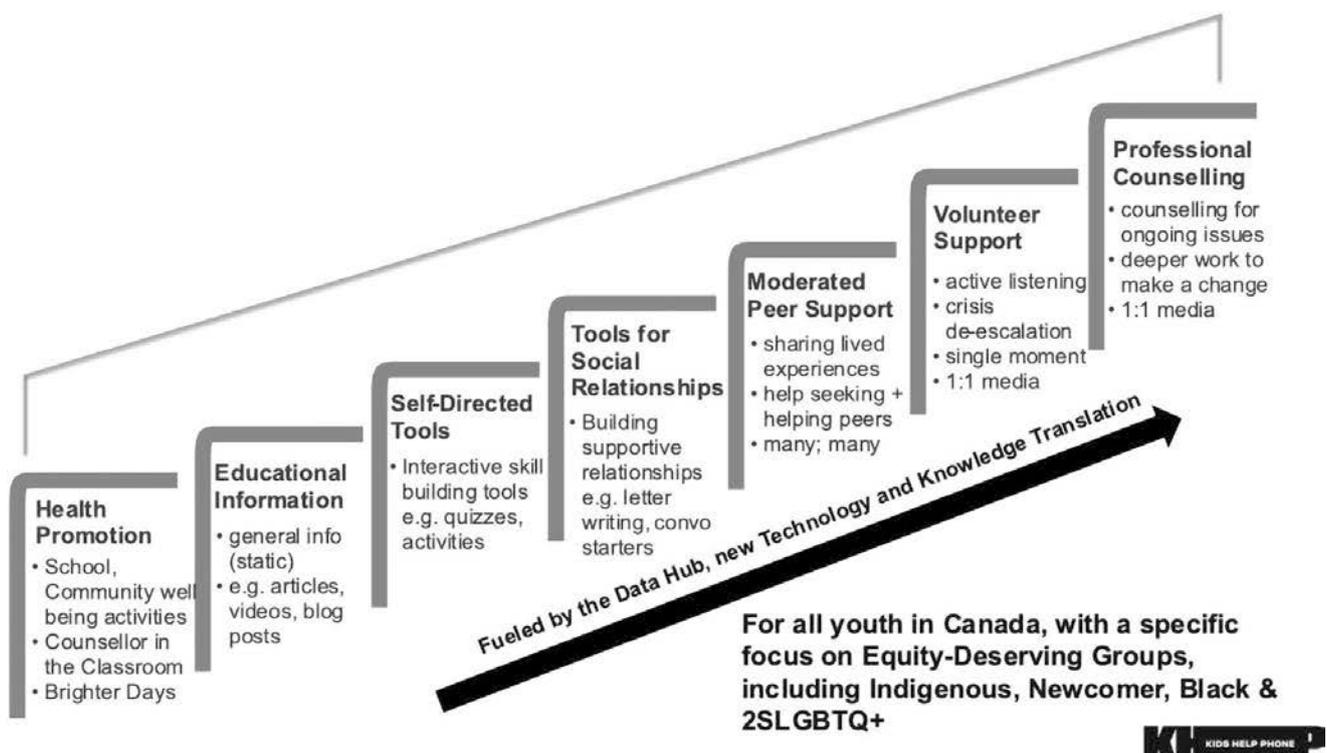


Abb. 1: Aufbau des im kanadischen Gesundheitssystem integrierten Modells zur Behandlung mentaler Probleme

sonen, die die Beratung anbieten. Auf diese Weise sollte es möglich sein, einerseits die Auswirkungen zu verstehen, die dieses Angebot auf das Befinden der Jugendlichen hat, und andererseits zu bestimmen, welche der Lebenskompetenzen bei dieser Art von Beratung, bei der eine symmetrische und enge Beziehung zwischen betroffener Person und Peer besteht, am ehesten zum Tragen kommen.

Konzept der Peer-Education

Peer-Education ist ein weit verbreiteter Ansatz zur Förderung des Wohlbefindens und zur Prävention von Risikoverhalten, insbesondere des Konsums psychoaktiver Substanzen und riskanten Sexualverhaltens. Der bevorzugte Kontext für Peer-Education ist traditionell die Schule, aber in letzter Zeit wird sie auch in außerschulischen Kontexten immer beliebter (Cristini et al., 2010). Darüber hinaus ermöglicht die Peer-Education eine Prävention mit neuen Mitteln (Ottolini & Rivoltella, 2014). Dabei nimmt die Peer-Education offensichtlich den Weg vom schulischen Kontext über das echte Leben ins Internet. Und in diesem Zusammenhang stellt der Peer-Chat einen Schnittpunkt zwischen diesen beiden Welten dar, an dem eine Art horizontale und direkte Kommunikation zwischen Jugendlichen mit einem gemeinsamen erfahrungstechnischen, kulturellen und sprachlichen Hintergrund möglich ist.

Peer-to-Peer-Beratung im Chat

Bei dieser Form der Beratung helfen Jugendliche anderen Jugendlichen, wobei sie einen Kanal nutzen, den junge Menschen sehr schätzen, nämlich den Chat. Es handelt sich also um eine schriftliche Beratung, die am Bildschirm stattfindet und eine Art der Kommunikation und Beziehung darstellt, die für die Jugendlichen sehr angenehm und vertraut ist. Über diesen Kanal können sie direkt und offen über ihre Probleme und Sorgen sprechen. Auf der anderen Seite befinden sich die Peers, ebenfalls junge Menschen, die durch die Überwindung eines Problems oder eines psychischen Leidens eine gewisse Widerstandsfähigkeit entwickelt haben. Sie sind naturgemäß mit der Welt der Jugendlichen, ihrer Sprache und der Jugendkultur gut vertraut und können sich daher leicht in die Situation der Hilfesuchenden einfühlen, die sich in einer Lebenskrise befinden und nicht so recht begreifen, was eigentlich geschieht – und sich von den Erwachsenen um sie herum nicht verstanden fühlen. Das Konzept basiert auf dem Gedanken der Gleichheit, die hinsichtlich des Alters, des Kontexts und der Situation ein direktes und symmetrisches Verhältnis ermöglicht zwischen denen, die um Beratung bitten, und denen, die beraten. In der Praxis ist es so, dass junge Menschen anderen jungen Menschen über einen Chat unterstützen. Somit ist die persönliche Erfahrung ausschlaggebend für die Peer-Beratung. Sie ersetzt nicht die Intervention durch ausgebildete Therapeut*innen, sondern ist ein Zwischenschritt, der auf Augenhöhe stattfindet, dem Austausch dient und dem

Betroffenen das Gefühl vermittelt, mit einem Problem, dessen Schwere, Form und mögliche Auswirkungen auf sein tägliches und zukünftiges Leben er nicht versteht, nicht allein zu sein. So lassen sich Vermeidungs- und Verleugnungsmechanismen in Bezug auf Probleme wie Alkoholsucht und Sozialangst überwinden. Vor allem aber lässt sich die Hemmschwelle absenken, um über Probleme zu sprechen, weil man sie als das akzeptiert, was sie sind.

Die Beratung bestand zunächst aus einmal wöchentlich vier Stunden und wurde dann auf zweimal wöchentlich drei Stunden ausgedehnt. Dabei war immer ein*e Peer-Coach*in (im Folgenden PC) anwesend, um die Gruppe der Peers zu betreuen.

Eigenschaften des Peer-Chats und Rollen

Dank der Beratung können hilfesuchend Jugendliche

- mehr Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen erlangen und
- ihr Kontaktnetzwerk erweitern (Bezugspersonen in der Umgebung).

Die Zielgruppe der Peer-to-Peer-Chats sind junge Menschen zwischen 13 und 25 Jahren, die über einen niedrigschwelligeren Kommunikationskanal (Chat) Ideen und Unterstützung zu ihren Problemen von Gleichaltrigen erhalten möchten. Der Peer-Chat wird als Alternative zum Chat mit professionellen Therapeut*innen angeboten. Er kann ohne Registrierung genutzt werden. Sobald ein Chatroom frei ist, kann der*die Beratungssuchende einen Nickname wählen, den Chatroom betreten und direkt ein Gespräch mit dem*der Peer-Berater*in (im Folgenden PB) beginnen. Die Unterhaltung ist ein Vier-Augen-Gespräch (Beratungssuchende*r und PB), wird aber jederzeit von einem*einer PC (ausgebildete*r Berater*in) begleitet und überwacht. Je nach Bedarf und verfügbaren Ressourcen werden jede Woche zwei bis vier Chatrooms gleichzeitig in vorab festgelegten zeitlichen Abständen zueinander (1–2) geöffnet.

Peer-Coach*in

Während der Chat-Beratungen werden die PB von einem*einer ausgebildeten und qualifizierten Berater*in betreut und begleitet. Sie*Er verfolgt die Chats in Echtzeit, gibt Ratschläge, weist auf Fallstricke oder besondere Beziehungsdynamiken hin und kann im Notfall entweder vom der*dem PB um Hilfe gebeten werden oder direkt selbst in den Chat eingreifen. Eventuelle Interventionen bei akuten Krisen leitet ausschliesslich der*die PC. Über einen Wechsel werden hilfesuchende Jugendliche informiert. Der*Die PC überwacht den Chat in Echtzeit und gibt dem*der PB bei Bedarf Hinweise oder tritt an seine*ihre Stelle. Darüber hinaus gibt der*die PC auch immer wieder Feedback zu den Beratungen. Jede Gesprächsrunde endet mit einem kurzen Reflexionsgespräch.

Der Austausch von Erlebnissen fördert die Verarbeitung der Erfahrungen sowie den Lerneffekt und den Zusammenhalt in der Gruppe. Alle drei Monate besprechen und klären PB und PC in einem ausführlichen Vier-Augen-Gespräch Zweifel und offene Fragen.

Peer-Berater*in

Die PB sind zwischen 15 und 25 Jahre alt und müssen in der Lage sein, den Jugendlichen, die sich im Chat mit unterschiedlichsten Fragen an sie wenden, Beratung und Unterstützung leisten zu können. Grundlage der Peer-to-Peer-Beratung ist die symmetrische Beziehung zwischen den Beratenden und Beratenen, die auf der Gleichheit der Gesprächspartner*innen basiert. Diese Symmetrie ergibt sich aus dem geringeren Altersunterschied, aus den Ähnlichkeiten im Lebensumfeld und bestenfalls auch aus ähnlichen erlebten Erfahrungen. Die Form der Beratung soll den Jugendlichen, die sie in Anspruch nehmen, vermitteln, dass auch ihre Krisen bewältigt werden können, weil andere es ebenfalls geschafft haben. Die PB tragen damit zur Normalisierung einer als problematisch wahrgenommenen Situation bei. Im Rahmen der Gespräche überlegen die PB und ihre Gesprächspartner*innen gemeinsam, wie die konkrete Situation verbessert werden kann. Um auch Fragen zu Themen beantworten zu können, mit denen sie keine konkrete Erfahrung haben, lernen die PB spezielle Gesprächstechniken und Beratungsmethoden. Besondere Vorkenntnisse in diesen Bereichen werden nicht vorausgesetzt.

Identität der Peer-Berater*innen

Im Unterschied zu den ausgebildeten Berater*innen sind die PB eindeutig identifizierbar. Sie stellen sich auf der Website mit einem Avatar und einer kurzen Beschreibung ihrer Person vor. Auf diese Weise können Jugendliche, die Rat suchen, entscheiden, mit welchem* welcher PB sie am liebsten sprechen möchten. Dies erhöht die Kompatibilität zwischen den Gesprächspartner*innen und vereinfacht die Interaktion. Die PB stehen den ratsuchenden Jugendlichen als Menschen mit eigener Lebenserfahrung zur Verfügung und unterstützen sie durch eine fundierte und reflektierte Haltung zum Thema bei der Lösungsfindung.

Methodische Herangehensweise

Die Peer-to-Peer-Beratung basiert auf einem ressourcenorientierten Beratungsansatz, der auf Zuhören und gemeinsames Finden von Lösungen ausgerichtet ist, nutzt aber auch die Methode der selektiven Wahrnehmung und fördert damit das Lernen am Vorbild. PB gehen davon aus, dass ihre Gesprächspartner*innen im Wesentlichen in der Lage sind, ihre Probleme selbst zu lösen. Nachdem sie der Problemstellung die nötige Aufmerksamkeit geschenkt hat, müssen sie sich auf mögliche Lösungsan-

sätze konzentrieren. Sie helfen Gesprächspartner*innen, auf Ressourcen und Fähigkeiten zurückzugreifen, die zur Problemlösung beitragen können.

Instrumente zur Bewertung der Wirksamkeit

Im Folgenden werden verschiedene Dimensionen der Wirkungsmessung des Angebots, aber auch der Wahrnehmung der Online-Peer-Beratung betrachtet. Dabei wird berücksichtigt, dass die Nutzerzahlen des Peer-Chats nach Ausbruch der Coronapandemie und sogar nach Gründung ähnlicher Projekte gestiegen sind.

Tool zur Bewertung des Angebots

Ein Ad-hoc-Bewertungstool wurde entwickelt, um die Beurteilungen der Nutzer*innen des Peer-Chats zu erfassen. Dieser Fragebogen wurde am Ende jedes Chats ausgefüllt. Das Tool wurde 40 Jugendlichen vorgelegt, von denen 20 ihre jeweilige aktuelle Beratungserfahrung bewertet haben. Im Folgenden sind die einzelnen Kriterien aufgeführt. *Beurteilung des Peer-Chats:*

- Ich fühle mich jetzt besser.
- Ich hatte das Gefühl, dass mir zugehört wurde.
- Dieser Chat war hilfreich.
- Ich fühlte mich ernst genommen.
- Bei der Beratung haben wir gute Ideen entwickelt.
- Bei der Beratung habe ich Antworten auf meine Fragen erhalten.
- Die Beratung hat mein Selbstbewusstsein gestärkt.
- Ich denke, ich werde den Peer-Chat noch einmal nutzen.

Tool zur Bewertung der Peers

Bei dem anderen Tool handelt es sich um die *life skills assessment scale* (Leutenberg & Liptac, 2010). Lebenskompetenzen (*life skills*) sind individuelle, soziale und beziehungspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es Individuen ermöglichen, effektiv mit den Anforderungen und Veränderungen des täglichen Lebens umzugehen. Die WHO hat zehn Fähigkeiten definiert, anhand derer Lebenskompetenzen erkennbar sind. Diese sind in drei verschiedene Bereiche unterteilt, die natürlich alle miteinander zusammenhängen. Diese Unterteilung hat hauptsächlich informativen Charakter.

Kognitiver Bereich: – *Entscheidungsfindungskompetenz:* Die Fähigkeit, aktiv Entscheidungen zu treffen und verschiedene Handlungsoptionen sowie die Konsequenzen möglicher Entscheidungen zu bewerten. *Problemlösungskompetenz:* Diese Fähigkeit ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit Lebensproblemen. *Kreatives Denken:* Diese Fähigkeit ermöglicht es, mögliche Handlungsoptionen und die Folgen des Handelns oder Nichthandelns zu durchdenken. Sie erlaubt es, weiter zu denken als nur bis zu den unmittelbaren Erfahrungen und auf Situationen des Alltags variabel und flexibel zu reagieren. *Kritisches*

Denken: Die Fähigkeit, Informationen und Erfahrungen objektiv zu analysieren. Sie kann zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen, indem sie bei der Erkennung und Bewertung von Faktoren hilft, die Einfluss auf Haltungen und Verhaltensweisen haben.

Zwischenmenschlicher Bereich: – *Effektive Kommunikationsfähigkeit:* Die Fähigkeit, sich sowohl verbal als auch nonverbal auf eine der Kultur und der Situation angemessene Weise auszudrücken. Dazu gehört die Fähigkeit, Meinungen und Wünsche, Bedürfnisse und Ängste mitzuteilen und bei Bedarf Rat und Hilfe zu suchen. *Interpersonale Beziehungsfähigkeiten:* Diese Fähigkeit trägt dazu bei, mit anderen auf positive Weise in Beziehung zu treten und zu interagieren, freundschaftliche Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die sich stark auf die psychische Gesundheit und das soziale Wohlbefinden auswirken können. *Empathie:* Die Fähigkeit, sich in die Lage einer anderen Person hineinzusetzen, auch in Situationen, mit denen man nicht vertraut ist. Empathie hilft, Menschen, die «anders» sind, zu verstehen und zu akzeptieren.

Emotionaler Bereich: – *Selbstwahrnehmung:* Sich seiner selbst, seines Charakters, seiner Stärken und Schwächen, seiner Wünsche und Abneigungen bewusst sein. Selbstwahrnehmung trägt dazu bei, zu erkennen, wann wir gestresst sind oder uns unter Druck fühlen. *Gefühlsbewältigung:* Dies bedeutet, die eigenen Emotionen und die anderer zu erkennen, sich bewusst zu machen, wie Emotionen das Verhalten beeinflussen, sowie in der Lage zu sein, angemessen auf Emotionen zu reagieren. *Stressbewältigung:* Die Fähigkeit, Stressquellen im Alltag zu erkennen, zu verstehen, wie sie sich auf sich selbst auswirken, und zu handeln, um die verschiedenen Dimensionen von Stress zu kontrollieren.

Dieses Tool wurde 14 Peers vor und nach einer Peer-Chat-Schicht vorgelegt.

Vorteile und Risiken

Ein erster grosser Vorteil dieser Beratungsform ist die symmetrische Aufteilung der jugendlichen Lebenswelt zwischen Nutzer*innen des Angebots und Peers. Dies ergibt sich aus der verwendeten Sprache und der gemeinsamen Jugendkultur. Ein weiterer Aspekt ist das rasche Einfühlen in die Situation und damit auch die schnelle Identifikation der Risiken und Gefahren, die das Gegenüber tendenziell unterschätzt – damit übernimmt der Peer-Chat die Rolle eines Sicherheitspostens. Gleichheit und Glaubwürdigkeit sind wirksame Hebel, um Veränderungen zu fördern oder Richtungen vorzugeben, da sie auf Authentizität und einer harmonischen Beziehung beruhen. Darüber hinaus übernehmen die Jugendlichen selbst eine bewusste und vor allem aktive Rolle im Hinblick auf das, was mit ihnen geschieht, was letztendlich ihre Chancen erhöht, die Erfahrungen zu bewältigen. Der Austausch, die Analyse und die Verbalisierung der eigenen Emotionen sowie die gemeinsame Suche nach einer Lösung mobilisieren die Person und befreien sie von dem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Einsamkeit. Der*Die PB ist in der Regel sehr offen und nimmt eine wertfreie Haltung ein, was sofort wahrgenommen wird. Das Hauptziel bleibt die Vermittlung von Informationen und Selbstbewusstsein hinsichtlich der Situationen, in denen die Jugendlichen sich befinden.

Bezüglich der Risiken kann man sagen, dass das potenzielle Auftreten einer Situation, die als unkontrollierbar und überfordernd empfunden werden kann, die Anwesen-

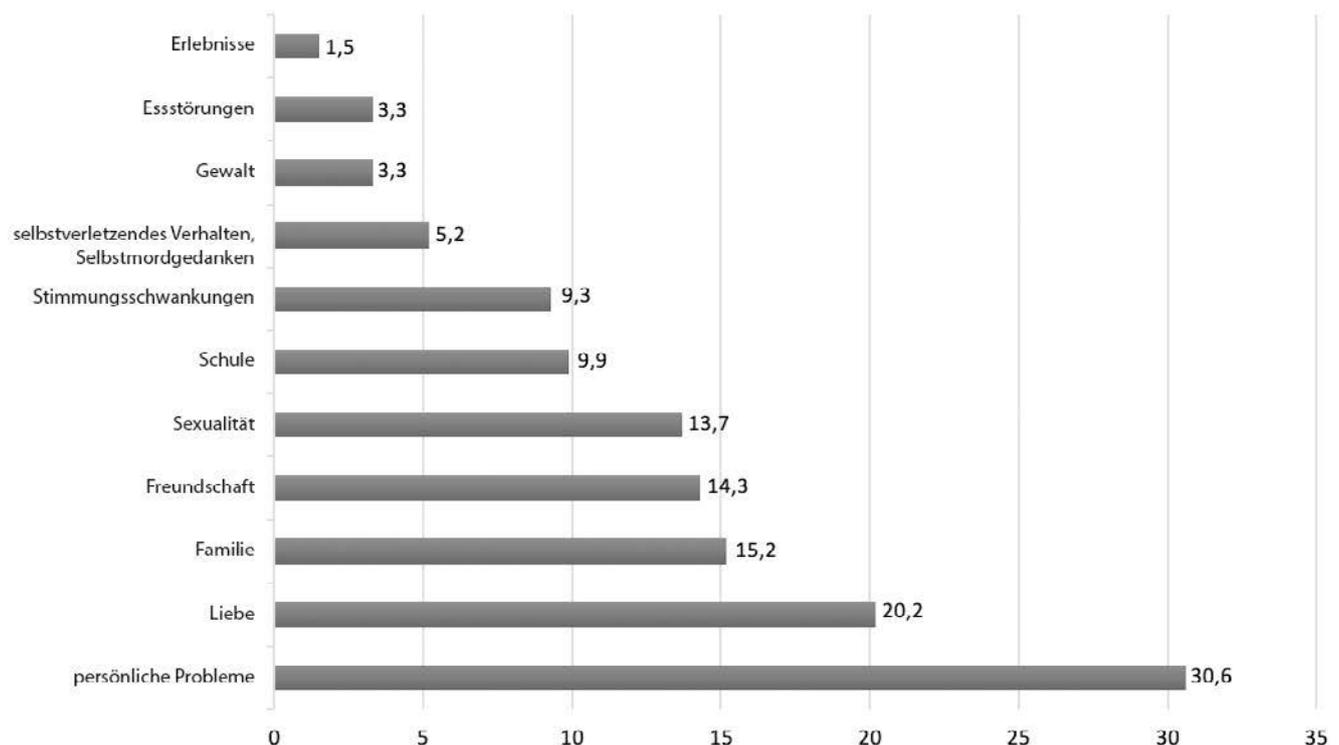


Abb. 2: Themen, die im Chat besprochen wurden

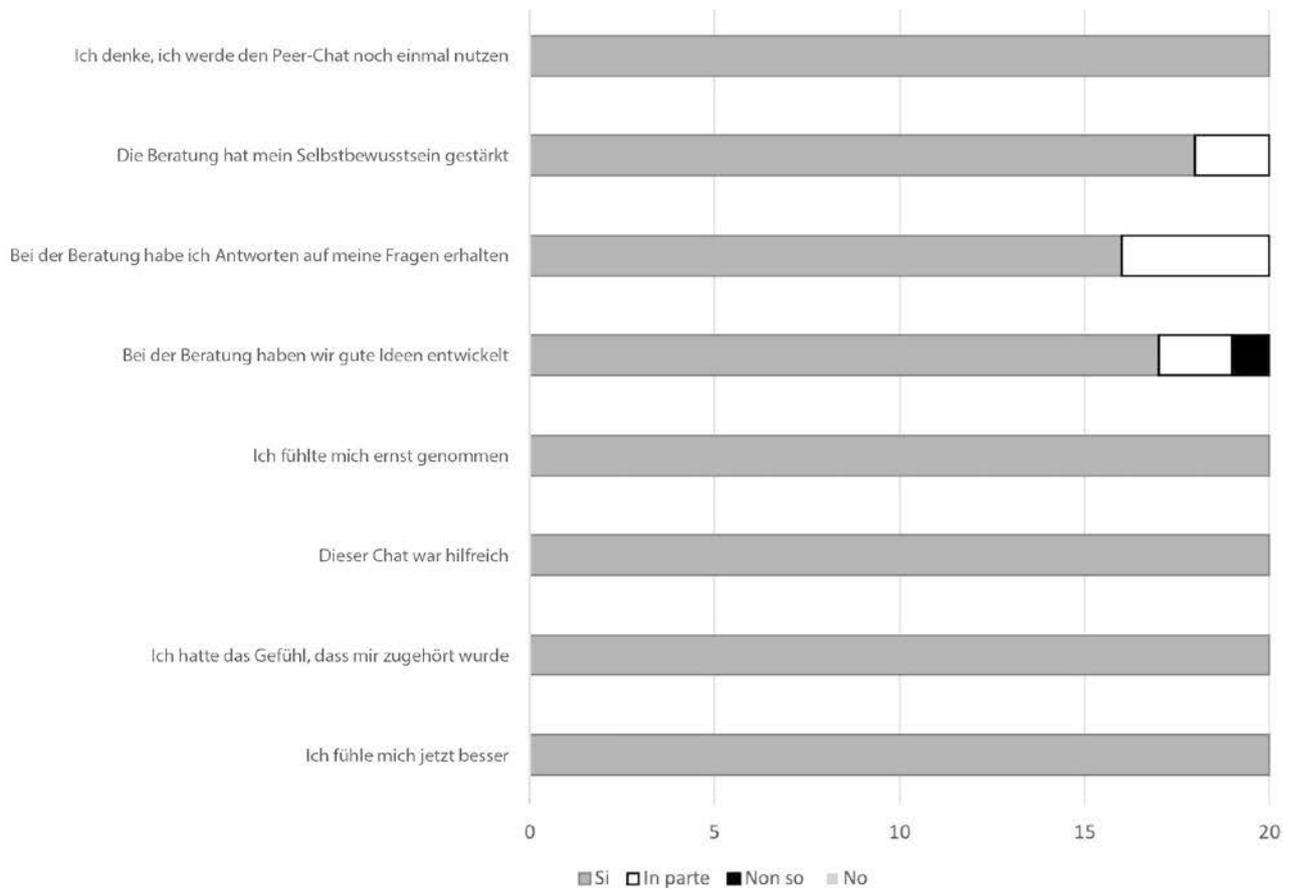


Abb. 3: Bewertung der Zufriedenheit

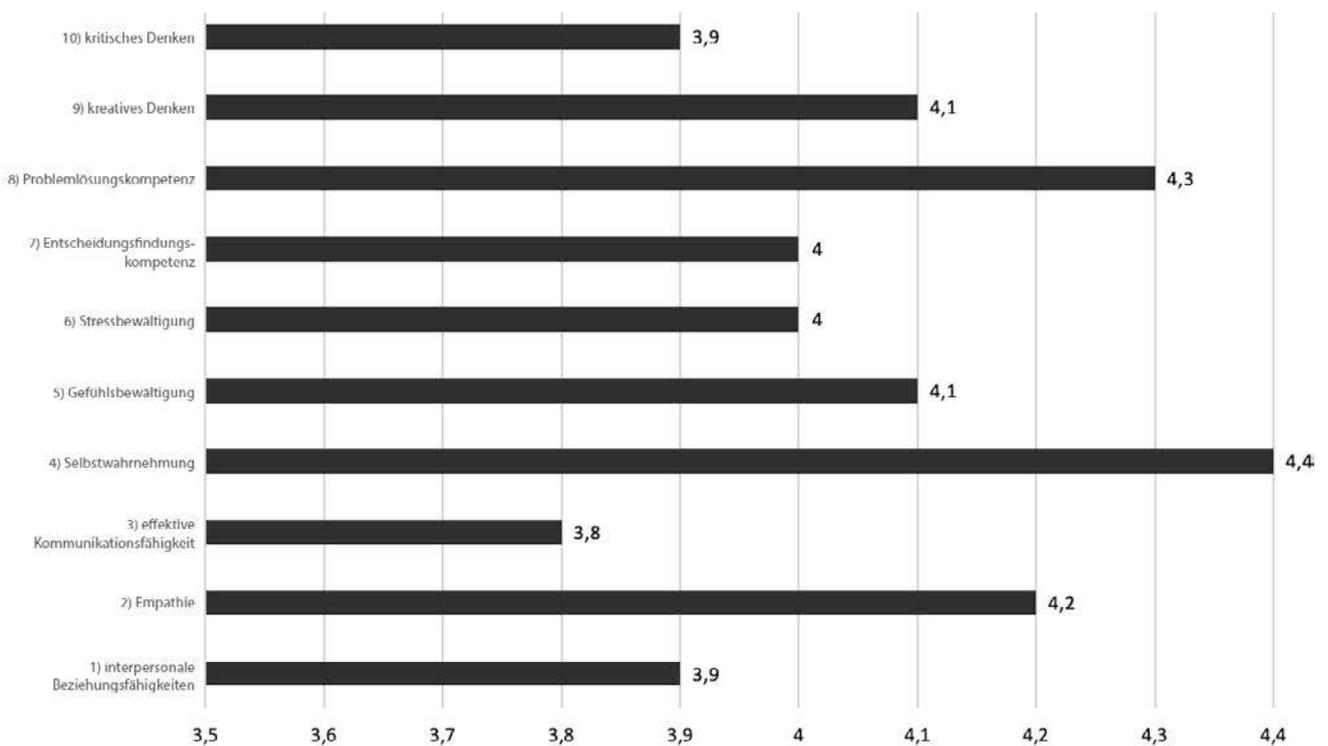


Abb. 4: Einschätzung der Lebenskompetenzen

heit eines* einer PC rechtfertigt. Diese*r kann im Notfall einschreiten und die Situation übernehmen. Ausserdem dient auch die Nachbesprechung am Ende einer Schicht dazu, sicherzustellen, dass keine emotional belastenden Erlebnisse in den Köpfen und Herzen der Peers zurückbleiben. Die Entwicklung schützender Massnahmen zur Intervention ist Aufgabe des* der PC.

Grenzen der Peer-to-Peer-Beratung

Der Umfang der Peer-Beratung ist aufgrund der bewusst auf die Grundlagen reduzierten Ausbildung der PB und der angestrebten Beziehungssymmetrie zwischen den beiden Gesprächspartner*innen wesentlich geringer als bei der professionellen Beratung. Eine Intervention der PC (Übernahme des Gesprächs, Triage mit 147) oder eine sehr genaue Anleitung der PB (Hilfe bei der Formulierung von Botschaften) ist in folgenden Fällen allerdings unbedingt notwendig:

- Gesprächspartner*in befindet sich in einer akuten Krise.
- Gesprächspartner*in äussert konkrete Suizidgedanken.
- PB fühlt sich überfordert und/oder bittet um Hilfe.

Ergebnisse der Bewertungstools

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, um eine partielle Bewertung des Peer-Chat-Angebots sowohl aus der Sicht der Nutzer*innen als auch der Peers und ihrer Erfahrungen im Rahmen ihrer Arbeit zu ermöglichen.

Beurteilung der Nutzer*innen

Um das Peer-Chat-Angebot besser zu beschreiben, seien hier einige Zahlen genannt. Im Jahr 2022 wurden 6.466 Chats geführt, das entspricht einem Monatsdurchschnitt von ca. 530 Chats. Die Mehrheit der Nutzer*innen des Angebots sind Mädchen (65%), Jungen machen 31% und nicht-binäre Personen ca. 4% aus. Abb. 2 zeigt den prozentualen Anteil der Themen, die besprochen wurden.

Persönliche Probleme machen rund 30% der Beratungsthemen aus. Bemerkenswert ist, dass immerhin 24% der Gespräche schwierige Themen wie Stimmungsschwankungen, selbstverletztes Verhalten, Suizidgedanken oder Gewalt betreffen. Häufig sind sich die Jugendlichen der Beständigkeit oder Häufigkeit solcher Gedanken oder Fantasien nicht bewusst, was darauf hindeutet, dass das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Intervention durch eine (psychotherapeutische) Fachkraft nicht immer vorhanden ist, und folglich die Inanspruchnahme einer Psychotherapie von Jugendlichen, die seit längerer Zeit unter persönlichen Problemen leiden, nicht in Betracht gezogen wird. Der Peer-Chat kann dabei helfen, sich der Dauer des Problems und der daraus resultierenden Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, bewusst zu werden.

Am Ende eines Beratungschats wurde 40 Personen ein Fragebogen zugesandt, um ihre Zufriedenheit zu erfassen. 20 Personen haben geantwortet und eine sehr positive Bewertung abgegeben. Als besonders positiv empfanden sie, dass sie sich ernst genommen fühlten und das Gefühl hatten, dass man ihnen zuhört. 100% der Befragten gaben an, dass sie den Peer-Chat noch einmal nutzen würden. Im Folgenden werden die Ergebnisse näher aufgeschlüsselt.

Vorläufige Beurteilung der Peers

Nachfolgend sind die Daten zur Einschätzung der Lebenskompetenzen der 14 Peers aufgeführt, die zusammen mit den acht PC das Angebot betreiben. Die Teilnehmenden sind zu 71% Mädchen und zu 29% Jungen. Das Durchschnittsalter liegt bei 20,2 Jahren. Bei den zehn Kategorien der Bewertung dominiert der emotionale Bereich rund um das Thema Selbstwahrnehmung mit 4,5 von 5 Punkten. Unmittelbar danach folgt mit 4,3 Punkten die Problemlösungskompetenz, die dem kognitiven Bereich zuzuordnen ist. Darauf folgt die Empathie aus dem emotionalen Bereich des Tools mit 4,2 Punkten. Diese Daten scheinen interessanterweise mit den Auswahlkriterien für den jeweiligen Peer übereinzustimmen. Es ist davon auszugehen, dass die Peers aufgrund erlittener Lebensereignisse und darauffolgender abgeschlossener oder laufender Psychotherapien eine gewisse Resilienz entwickelt haben, die sich dann auf die Entwicklung der zuvor genannten Eigenschaften, die bei der Peer-Chat-Beratung eine wichtige Rolle spielen, positiv ausgewirkt haben.

Fazit

Obwohl die Ergebnisse dieser Studie nur vorläufig sind, können sie uns dennoch einige nützliche Hinweise auf das psychische Befinden junger Menschen geben. Sie zeigen uns darüber hinaus die Notwendigkeit auf, in der Region digitale Dienste zu entwickeln, die sich die Erfahrungen, die Sprache und die gemeinsame Jugendkultur von Nutzer*innen und Peers zunutze machen. Beim Übergang von der Kindheit zur Jugend wird die Gruppe der Gleichaltrigen als Bezugspunkt ausserhalb der Familie immer bedeutsamer und zentraler. So können die Resilienz der Peers in den Chatrooms sowie die Erfahrung der PC den Jugendlichen helfen, ihre Gefühle besser zu verstehen und sich der Probleme bewusst zu werden, die ihre physische, aber auch ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen können. Die Beratung durch die Peers reduziert Hemmnisse und erleichtert die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe, was wiederum eine frühzeitige Intervention ermöglicht.

Die Vielzahl der Anfragen an den Peer-Chat und die dort besprochenen Themen belegen, dass junge Menschen sensibel auf das reagieren, was sie erleben, und dass sie das Bedürfnis haben, sich mit Gleichaltrigen auch über schwierige und wichtige Themen auszutauschen. Daher kann diese Art von Angebot die Hemmschwelle senken

und die Zeit für eine erste, wertfreie Auseinandersetzung mit einem Problem verkürzen. Die in den Chats verwendete Sprache ist oft direkt und unverblümt. Zudem kann die hohe Anzahl der Chats die Hoffnung auf eine Lösung der eigenen Probleme stärken und die Jugendlichen so davor bewahren, in eine depressive Resignation zu verfallen, in der alle Bemühungen um die eigene oder situative Verbesserung als vergeblich empfunden werden. Darüber hinaus ermöglicht es den Jugendlichen, aus der Isolation auszubrechen, die sie von einem positiven Kontakt mit sich selbst fernhält.

Aufseiten der Peers zeigen die Ergebnisse, dass eine selbst erlebte belastende Lebenserfahrung, die die Grundlage für die Auswahl als Peer bildet, zusammen mit der eigenen psychotherapeutischen Behandlung und der Schulung für die Rolle entscheidend sind, um die Funktion als Peer ausüben zu können. Man muss über ein hohes Mass an persönlicher Belastbarkeit verfügen, die man den Menschen, mit denen man chattet, zur Verfügung stellen kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die zwei wöchentlichen Gruppengespräche, die in Anwesenheit der PC stattfinden. Dies fördert einen kontinuierlichen Austausch unter den Peers, der zur Entwicklung von Selbstvertrauen, Problemlösungskompetenz und Empathie beiträgt – Lebenskompetenzen, die einen hohen Stellenwert bei der Beurteilung der Peers einnehmen. Diese drei Kategorien schlagen sich direkt in der Bewertung des Angebots durch die jugendlichen Nutzer*innen nieder, die sich dort angehört fühlen, neue Ideen finden und ihr Selbstvertrauen festigen.

Schliesslich kann die Erkenntnis, dass man bei Problemen, mit denen man vielleicht selbst einmal konfrontiert war, wirksame Hilfe leisten kann, eine Bestätigung der eigenen Resilienz sein. Und ermöglicht auch, Ratschläge aus der Innenperspektive einer Person zu geben, die genau weiss, welche – teils auch widersprüchlichen – Emotionen in verschiedenen Situationen entstehen können und welche Herausforderungen, Hindernisse und Schwierigkeiten zu bewältigen sind. Dementsprechend kann die daraus resultierende Beratung sehr effektiv sein und dazu führen, dass die hilfeschuchende Person professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, anstatt ständig die gleichen schädlichen Muster zu wiederholen und die entsprechend immer gleichen Ergebnisse zu erzielen.

Literatur

- Cristini, F., Poser, F., Scacchi, L. & Perri, A. (2010). Quando la peer education esce dalla scuola. *Salute e Prevenzione*, 55, 31–52.
- Leutenberg, E. A. & Liptac, E. (2010). *The Practical Life Skills Workbook: Self-Assessments, Exercises & Educational Handouts*. Whole Person Ass.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C. & Zannini, M. (2004). *Educare le Life skills*. Erickson.
- Ottolini, G. & Rivoltella, P. C. (2014). *Il tunnel ed il Kayak. Teoria e metodo nella peer & media education*. Franco Angeli.

Peer chat: preliminary evaluation of an online experience

Abstract: This paper describes the experience of a peer chat service for young people that was launched in 2019 in Italian-speaking Switzerland and is still ongoing. It is a type of counselling where young people help other young people during a specific time. The peer chats are avatar-based, so this type of counselling is confidential, digital and written. In this preliminary evaluation, we wanted to take into account both the experiences of those who have used this service and the characteristics of the peer chats. The results show that satisfaction with the service and certain dimensions of life skills assessment such as self-knowledge, problem solving, empathy and many others were good. The conclusions explore both the limitations and the possibilities of this new way of providing digital support to young people by young people.

Keywords: peer chat, chat, online counselling, peer counselling

Die Autorinnen

Mara Foppoli ist Psychologin, ASP-Psychotherapeutin, Gestalttherapeutin, EMDR-Therapeutin und Standortleiterin der schweizerisch-italienischen Beratungsstelle von Pro Juventute.

Milena Pacciorini ist Philosophin, philosophische und neurowissenschaftliche Beraterin, NLP und PNQ, Präsidentin und Coachin Young4HelpChat Schweiz.

Kontakt

mara.foppoli1@gmail.com

Peer chat:

Valutazione preliminare di un'esperienza online

Mara Foppoli & Milena Pacciorini

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 35–42

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-35>

Riassunto: Il presente articolo descrive un'esperienza di servizio di peer chat per giovani iniziato nel 2019 e ancora in corso nella Svizzera Italiana. Si tratta di un tipo di consulenza dove dei giovani aiutano altri giovani durante un determinato orario. I peer chat, hanno un avatar e quindi questo tipo di consulenza avviene in uno stato di confidenzialità, in digitale ed è scritta. In questa valutazione preliminare si è voluto prendere in considerazione sia l'esperienza di chi ha utilizzato questo servizio sia le caratteristiche dei peer chat. I risultati mostrano come ci sia stato un buon livello di soddisfazione per il servizio e alcune dimensioni del life skill assesment quali ad esempio l'autoconsapevolezza, il problem solving, l'empatia e molte altre. Nelle conclusioni si prendono in esame sia i limiti che le possibilità per prendere in considerazione questo nuovo tipo di supporto digitale fornito dai giovani per i giovani.

Parole chiave: peer chat, chat, counseling online, peer, consulenza pari

Introduzione

Il presente articolo intende riferire e valutare l'esperienza di peer chat che è stata fatta a partire dal 2019 nella Svizzera italiana e tutt'oggi in corso. Si tratta di servizio che si inserisce all'interno di un contesto più ampio di prevenzione primaria e che vuole fornire un terreno di confronto per giovani all'interno di una consulenza scritta ad opera di giovani. Ed è proprio il focus sui giovani e sulla loro richiesta e possibilità di aiuto che fa emerge come non sia così facile ottenere una comprensione delle problematiche personali da parte del mondo adulto, della famiglia. Le difficoltà possono sorgere dal fatto di non riuscire a mantenere un atteggiamento di apertura, ascolto, comprensione delle problematiche esistenziali e di salute mentale. Probabilmente abbiamo visioni diverse su queste tematiche che provengono dall'appartenere a generazioni differenti. Così se da una parte abbiamo i giovani della generazione Zeta che si rendono conto che qualcosa in loro non va e vanno alla ricerca di diagnosi anche affidandosi purtroppo solo alla rete, dall'altra forse vi è un atteggiamento di alcuni genitori di negare il malessere e una sua sdrammatizzazione che ostacola un intervento precoce da parte degli psicoterapeuti ad esempio.

Così anche all'ultimo congresso IC 2022 dell'International Child Helpline che si è svolto a Stoccolma, vi è stato un generale consenso sul fatto che per un giovane poter accedere ad una psicoterapia rappresenta ancora un percorso pieno di ostacoli economici ma anche di stigma verso la salute mentale. Come a voler negare l'esistenza del problema e come se l'essere anche molto giovani non permettesse una sua comprensione. In questo senso, riteniamo interessante menzionare l'esperienza del Canada in cui Alison Simon ha presentato lo Stepped care model, in cui è possibile visionare gli step che sono necessari ad

un giovane prima di arrivare a un professionista. Questo modello aiuta a coprire questo gap che si crea con i servizi di supporto per i giovani. Sviluppato in Canada dal Peter Cornish, Stepped Care 2.0 (SC2.0©) è un modello innovativo e basato sull'evidenza di prove per organizzare i servizi di salute mentale e dipendenza in un sistema di assistenza flessibile e co-progettato. Unico nel suo approccio incentrato sul cliente e orientato al suo recupero, il modello è progettato e implementato per soddisfare le esigenze di diverse organizzazioni e comunità. Lo stesso è stato adottato anche presso la commissione di salute mentale. L'idea portante è quella di ridurre lo stigma e rendere più precoci gli interventi per occuparsi dei problemi di salute mentale e quindi favorire la guarigione da essi. Si tratta di poter offrire le cure adeguate al momento giusto. Partendo quindi dalle risorse informative a bassa intensità, arrivando quindi ai servizi intensivi per la persona, il tutto all'interno di un sistema coordinato. Così accade che molti di coloro che ne hanno bisogno, non cercano o affrontino sfide nel cercare l'accesso alla salute mentale, preferendo l'uso di sostanze o il gioco d'azzardo. Questo sistema ha mostrato con forza che il rafforzamento delle opzioni di servizio all'interno di un approccio Stepped Care potrebbe avvantaggiare le persone nella provincia e non solo quelle delle grandi città. Simon ha focalizzato la sua attenzione sui giovani indicando per ciascuno step una scala di gravità della richiesta di aiuto. Nello schema di seguito è possibile visionare i diversi 6 step erogati per via digitale. Avremo quindi la promozione della salute mentale che dovrebbe vedere in primis il coinvolgimento delle scuole ma anche delle comunità, si tratta qui di rendersi conto di avere un problema esistenziale, di alcool, di regolazione delle emozioni ad esempio. Successivamente avremo una psicoeducazione in grado di fornire informazioni in modo

che sia la persona stessa a trovare le risposte a quello che le succede iniziando ad aprire un dialogo ed uscendo da evitamenti e non accettazione o negazioni.

Al terzo step avremo una serie di strumenti autosomministrati via app sempre nel digitale. Al quarto gradino avremo l'ingresso dei pari che moderano i vissuti e creano un confronto aperto basato sulla loro esperienza diretta e sul fatto di essere riusciti a superare il problema che si è venuto a creare sviluppando così capacità di resilienza. In questo step vi è anche la ricerca di un aiuto concreto sul territorio (triage dei servizi esistenti). Ed è a questo livello che si inserisce l'esperienza di peer chat che in seguito andremo ad illustrare e a valutare. Il quinto gradino è rappresentato dai volontari che creano supporto fino ad approdare nello studio di uno psicoterapeuta. Con questa metodologia si crea un sistema di cura variegato con un'ampia struttura di voci, competenze ed esperienze che non fanno sentire il giovane solo e isolato con il suo problema di salute mentale come purtroppo oggi accade.

Si tratta di co-sviluppare diversi approcci e tipi di coinvolgimento della comunità: raccogliere feedback continui, onorare le prospettive di coloro che, seppur essendo molto giovani, hanno vissuto un'esperienza analoga e talvolta ancora in corso, ma con un grado di controllo all'interno di una fascia di sicurezza capace di considerare la diversità, l'equità e l'inclusività.

Inoltre, altro aspetto da considerare, è che si viene a creare una cultura e un linguaggio di speranza lavorando in modo collaborativo in tutti i settori; costruendo relazioni rispettose all'interno e attraverso il team; instaurando empatia e fiducia; ascoltando, sostenendo e riconoscendo i determinanti sociali della salute e valo-

rizzando i diversi percorsi che le persone hanno con la salute mentale e l'uso di sostanze.

Ipotesi e valutazione

Per poter procedere in questa prima valutazione sono stati presi in considerazione due punti di vista: quello di chi utilizza il servizio di peer chat e quello legato alle caratteristiche dei peer, ovvero le persone che gestiscono il servizio. Questo dovrebbe permettere di capire da una parte l'impatto che tale servizio permette di avere sul benessere dei giovani e dall'altro quali dimensioni legate alle life skill vengono maggiormente sollecitate in questo tipo di consulenza dove vi è un rapporto simmetrico e di vicinanza tra peer e peer chat.

Concetto di peer education

La peer education è stata ampiamente utilizzata come strumento per la promozione del benessere e per la prevenzione dei comportamenti a rischio, tra cui in particolare il consumo di sostanze psicoattive ed i comportamenti sessuali a rischio. Il contesto elettivo di applicazione della peer education è tradizionalmente stato quello scolastico, tuttavia recentemente si è assistito ad una sua diffusione sempre maggiore anche nei contesti extra-scolastici (Cristini et al., 2010). Inoltre la peer education permette di fare prevenzione con mezzi nuovi (Ottolini & Rivoltella, 2014). Probabilmente il percorso che la peer education sta facendo è proprio questo: dal contesto scolastico, al

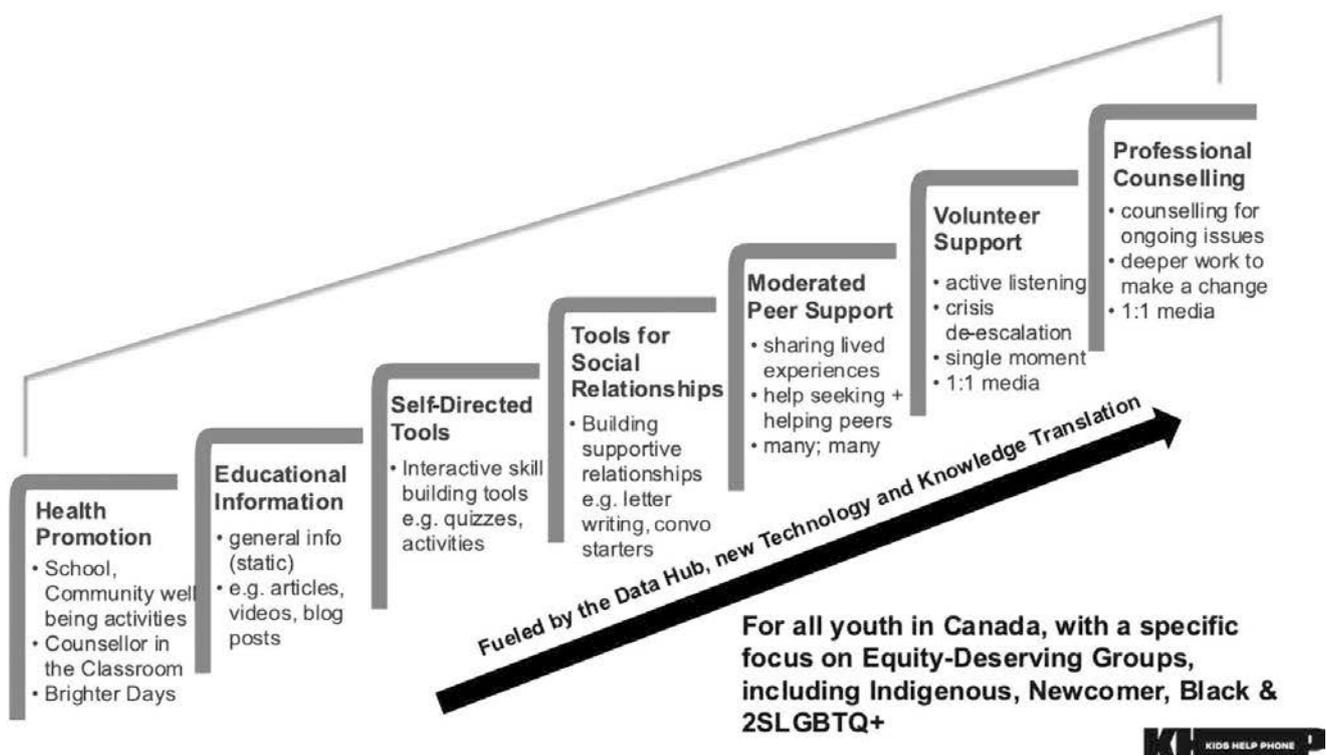


Fig. 1: Il modello costruzione sistema di cura integrato del Sistema Sanitario Canadianese

territorio e ora nel web. E in questo senso la peer chat rappresenta un punto di intersezione tra questi due mondi, dove è possibile tra ragazzi un tipo di comunicazione orizzontale e diretta con un contesto esperienziale, culturale e di linguaggio comune.

Consulenza peer to peer via chat

In questo tipo di consulenza troviamo dei giovani che fanno consulenza ad altri giovani utilizzando un canale che piace particolarmente ai giovani, ovvero la chat. Si tratta dunque di una consulenza scritta che viene mediata dallo schermo e che rappresenta una modalità comunicativa e relazionale che i giovani trovano molto confortevole e familiare. In questo canale riescono ad essere diretti e schietti e a parlare del loro disagio, del loro malessere. Dall'altra parte ci saranno i peer che sono anch'essi dei giovani e che hanno sviluppato resilienza superando dei disagi, dei disturbi personali. Essi ben conoscono il mondo dei giovani, il loro linguaggio, la cultura giovanile riuscendo così facilmente ad essere empatici con i vissuti di chi è entrato in crisi e non riesce bene a capire cosa stia succedendo e non sente di venir compreso da parte del mondo adulto che lo circonda. L'idea di base è proprio il concetto di uguaglianza che permette una relazione diretta e simmetrica tra chi richiede una consulenza e tra chi la riceve, per età, contesto e situazione. In pratica avremo dei giovani che aiutano altri giovani mediante il canale delle chat. Avremo quindi l'esperienza personale che guida il counseling tra pari. Non viene vista come sostitutiva all'intervento con un professionista ma come uno step interlocutorio di condivisione che la parità permette e che aiuta a non restare soli con un problema di cui non si comprende la gravità, la forma e le possibili implicazioni sulla vita di ogni giorno e di quella futura. Questo permette di abbattere ostacoli di evitamento e negazione di problemi di alcool ad esempio, di ansia sociale e soprattutto permette di abbassare la soglia in cui cominciare a parlare del proprio problema e del proprio disturbo accettandolo per quello che è.

La consulenza aveva luogo dapprima una volta a settimana per 4 ore, poi è passata a due volte a settimana per 3 ore ciascuna sempre con la presenza di un peer coach e sempre in gruppo.

Caratteristiche e ruoli nella peer chat

Grazie alla consulenza il giovane in cerca di una consulenza:

- acquisisce una maggiore autostima e fiducia in sé;
- amplia la sua rete relazionale (referenti nell'ambiente circostante);

Il gruppo target delle chat peer-to-peer sono i giovani di età compresa tra i 13 e i 25 anni che desiderano ricevere idee e sostegno da pari attraverso un canale a bassa soglia (chat). La chat alla pari viene offerta in alternativa

alla chat con i consulenti professionisti. Si può accedere alla chat peer-to-peer senza registrarsi. Quando una chat room è libera, il giovane che richiede una consulenza può scegliere un nickname, entrare nella chat e iniziare una conversazione con un consulente alla pari (di seguito CP). Il dialogo ha luogo nella forma 1:1 (chi richiede la consulenza e il CP), ma viene supervisionato e affiancato in diretta da un *peer coach* (consulente professionista). A seconda delle necessità e delle risorse, vengono aperte contemporaneamente da due a quattro chat room a intervalli temporali predefiniti (1-2) ogni settimana.

Peer coach

Nel corso delle sessioni di chat, i CP vengono assistiti e affiancati da un consulente professionista qualificato, il *peer coach*. Questo consulente segue la chat in tempo reale, fornisce consigli, fa notare pericoli e dinamiche relazionali e può essere interpellato dal CP per dare assistenza o, in casi di emergenza, intervenire direttamente nella chat. Gli eventuali interventi in caso di crisi che si rendono necessari vengono condotti esclusivamente dal *peer coach*; il giovane che ha richiesto la consulenza viene informato del cambio di consulente. Il *peer coach* monitora le chat in tempo reale e, se necessario, dà suggerimenti o subentra al posto del CP. Fornisce inoltre costantemente un feedback. Ogni turno di chat si conclude con un momento di riflessione. La condivisione delle esperienze favorisce l'elaborazione, l'apprendimento e la coesione. Ogni tre mesi è previsto un colloquio 1:1 tra il CP e il *peer coach*, durante il quale vengono dettagliatamente discussi e affrontati dubbi e domande ancora in sospeso.

Consulenti peer

I CP hanno un'età compresa tra i 15 e i 25 anni e devono essere in grado di fornire sostegno ai giovani che si rivolgono a loro in chat con le domande più disparate. Alla base della consulenza peer-to-peer vi è il rapporto simmetrico, paritario, tra chi chiede una consulenza e chi la fornisce. Tale simmetria deriva dall'esigua differenza di età, dalla condivisione dell'ambiente di vita, e, nel migliore dei casi, da un bagaglio di esperienze simili. Attraverso questo tipo di consulenza, ai giovani in cerca di una consulenza viene trasmesso il messaggio che è possibile superare le crisi, come è successo ad altre persone. In questo modo i CP contribuiscono a ridurre a una dimensione di normalità una situazione percepita come problematica. Nel corso delle chat, i CP riflettono insieme ai loro interlocutori su come migliorare la situazione nel caso concreto. Affinché possano rispondere anche a domande su temi di cui non hanno esperienza diretta, i CP vengono formati nelle tecniche di conduzione del colloquio e nella metodologia della consulenza. I CP non sono comunque tenuti a disporre di conoscenze specifiche pregresse in tali ambiti.

Identità dei CP

A differenza dei consulenti professionisti, i CP sono singolarmente individuabili. Si presentano, infatti, sul sito web con un avatar e una breve descrizione di sé. In questo modo i giovani in cerca di una consulenza possono decidere con quale CP preferiscono confrontarsi. Ciò accresce la compatibilità tra gli interlocutori, facilitando l'interazione. I CP si mettono a disposizione dei giovani che hanno bisogno di una consulenza come persone con esperienze proprie, e, mantenendo un atteggiamento consapevole e riflessivo, li sostengono nella ricerca di una soluzione.

Approccio metodologico

La consulenza peer-to-peer si basa su un approccio consulenziale orientato alle risorse, all'ascolto e alla ricerca di soluzioni insieme, ma utilizza anche il metodo dell'apertura selettiva, favorendo così l'apprendimento sulla base di un modello. I CP partono dal presupposto che i loro interlocutori siano fondamentalmente in grado di risolvere i propri problemi. Dopo aver prestato adeguatamente attenzione alla questione posta, il CP deve concentrarsi sulle possibili soluzioni. Il CP aiuta il suo interlocutore ad attingere a risorse e competenze utili per risolvere il problema.

Strumenti di misura

Di seguito verranno presi in considerazione diversi livelli di misurazione dell'efficacia del servizio ma anche di come l'esperienza online dei peer di consulenza è stata percepita. Teniamo conto che vi è stato un incremento a seguito dell'arrivo del covid e anche dello spin off che questo progetto ha subito ma che ha visto incrementare il numero di persone che si sono rivolte alla peer chat.

Strumento valutazione servizio

È stato creato uno strumento di valutazione ad hoc per rilevare le valutazioni di chi utilizza la peer chat. Esso veniva somministrato alla fine di ciascuna chat. Lo strumento è stato sottoposto a 40 utenti, di cui 20 hanno espresso una valutazione circa l'esperienza di counseling che avevano appena avuto. Qui di seguito è possibile prendere visione degli item. *Valutazione servizio peer chat:*

- Ora mi sento meglio.
- Mi sono sentito/a ascoltato/a.
- Questa chat mi è stata d'aiuto.
- Mi sono sentito/a preso/a sul serio.
- Nella consultazione sono emerse buone idee.
- Durante la consultazione ho ricevuto risposte alle mie domande.
- La consulenza ha rafforzato la mia fiducia in me stesso/a.
- Penso di usare la peer chat ancora.

Strumento valutazione peer

L'altro strumento è quello delle life skill *The life skills assessment scale* (Leutenberg & Liptac, 2010). Le life skill sono competenze e capacità individuali, sociali e relazionali che permettono agli individui di affrontare efficacemente le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana. L'O.M.S. definisce le life skill attraverso 10 capacità suddivise in tre diverse aree, naturalmente sono tutte interconnesse e tale divisione ha soprattutto valore esplicativo.

Area cognitiva: – *Decision making (capacità di prendere decisioni):* capacità di elaborare attivamente il processo decisionale, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili. *Problem solving (capacità di risolvere i problemi):* questa capacità permette di affrontare i problemi della vita in modo costruttivo. *Pensiero creativo:* tale capacità mette in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Aiuta a guardare oltre le esperienze dirette, a rispondere in maniera adattiva e flessibile alle situazioni di vita quotidiana. *Pensiero critico:* è l'abilità di analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti.

Area relazionale: – *Comunicazione efficace:* sapere esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure, essere capaci, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto. *Capacità di relazioni interpersonali:* aiuta a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. *Empatia:* è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare i «diversi».

Area emotiva: – *Autoconsapevolezza:* riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. *Gestione delle emozioni:* implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata. *Gestione dello stress:* consiste nel riconoscere le fonti di stress nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci «tocchino» e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli

Lo strumento è stato sottoposto a 14 peer prima e dopo un turno di peer chat.

Vantaggi e rischi

Un primo grosso vantaggio in questo tipo di consulenza è la condivisione simmetrica del mondo giovanile in

cui sia chi utilizza il servizio che i peer chat possono dare. Questo si può evincere dal tipo di linguaggio e da una comune condivisione della cultura giovanile. Un altro aspetto è dato dalla veloce immedesimazione nella situazione e quindi anche il capire quali possano essere i rischi ed i pericoli che l'altra persona tende a sottovalutare come una sorta di sentinella rispetto alla sicurezza. La parità e la credibilità possono divenire delle leve per promuovere un cambiamento o dare una direzione giacché si basano sull'autenticità e la sintonia relazionale. Inoltre, i ragazzi stessi assumono un ruolo attento ma soprattutto attivo circa quello che gli succede, il che aumenta le loro probabilità di riuscire a far fronte agli eventi stessi. Scambio, analisi, verbalizzazione delle emozioni che circola, ricerca insieme di una soluzione attivano la persona e la fanno uscire da un senso di abbandono e solitudine. Il peer chat tende a essere molto aperto e mantiene un atteggiamento non giudicante che viene percepito immediatamente. L'obiettivo principale resta trasmettere informazioni e autoconsapevolezza circa le situazioni in cui i giovani sono coinvolti.

Per quel che concerne i rischi, crediamo che il potersi trovare di fronte ad una situazione vissuta come non gestibile e sovrachianta giustifichi la presenza del peer coach. Egli interviene e prende in mano la situazione in caso di impasse da parte del peer chat. Anche il debriefing di fine turno ha l'obiettivo di verificare che non ci siano vissuti emotivamente carichi che restino nelle menti e nei cuori dei peer chat. Il fatto di costruire degli strumenti protettivi di intervento è un compito del peer coach.

Limiti della consulenza peer-to-peer

La consulenza alla pari ha una portata molto più limitata rispetto alla consulenza professionale, a causa della formazione dei CP volutamente ridotta alle sole nozioni di base e dell'auspicata simmetria relazionale tra i due interlocutori. Un intervento del coach (subentrare nella chat, triage con il 147) o un affiancamento molto serrato del CP (aiuto nella formulazione dei messaggi) è assolutamente necessario nei seguenti casi:

- l'interlocutore del CP è preda di una crisi acuta;
- l'interlocutore del CP esprime concrete idee suicidarie;
- il CP sente di non farcela e/o chiede aiuto.

Risultati emersi

Di seguito esporremo i risultati emersi in modo da poter dare una valutazione parziale al tipo di servizio di peer chat sia dal punto di vista del servizio in sé, che dal punto di vista dei peer e la loro esperienza nella gestione del servizio.

Valutazione del servizio

Per poter descrivere meglio il servizio di peer chat vogliamo fornire alcuni dati. In particolare nel corso del 2022 sono state gestite ben 6.466 chat, con una media mensile di oltre ca. 530 chat al mese da gestire. La maggior parte di chi utilizza il servizio sono ragazze, che rappresentano il 65 %, mentre i ragazzi sono il 31 % e i non binari sono ca il 4 %. La Fig. 2 mostra la percentuale di temi emersi.

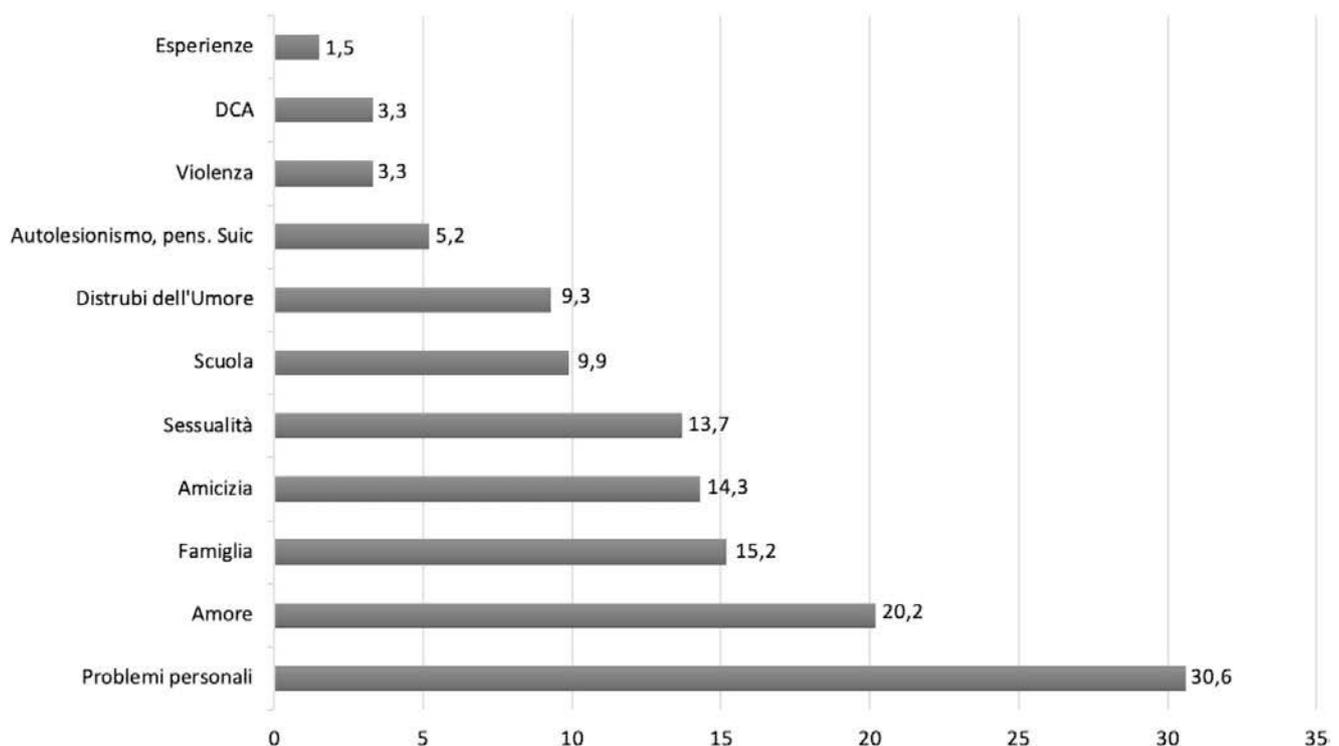


Fig. 2: Temi emersi nel corso della chat

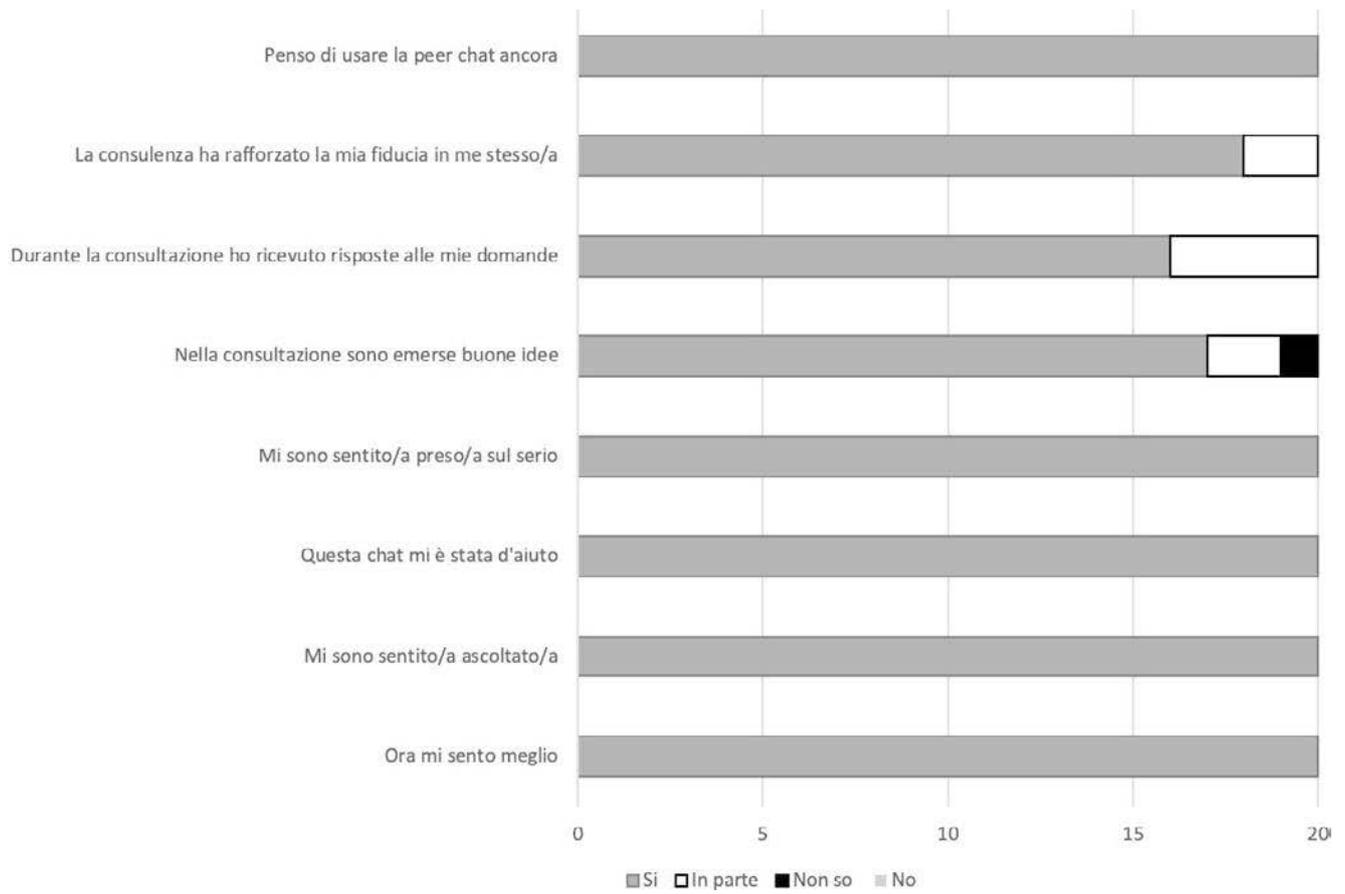


Fig. 3: Grado di soddisfazione percepito

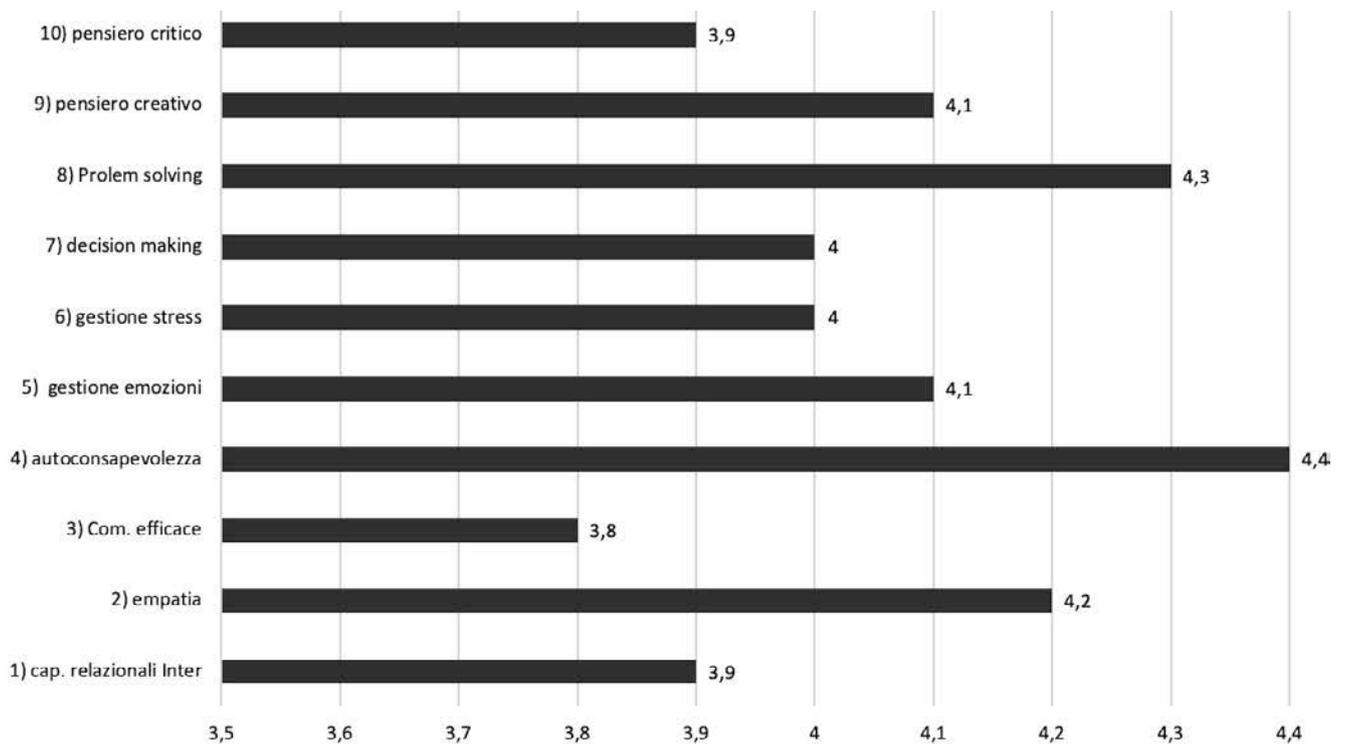


Fig. 4: Valutazione delle abilità di vita

I problemi personali ricoprono ben il 30 % dei temi emersi. Riteniamo utile sottolineare come ben il 24 % delle chat verta su temi delicati come il disturbo dell'umore, l'autolesionismo, i pensieri suicidi o la violenza. Spesso le persone non sono consapevoli della persistenza o della frequenza di tali pensieri o fantasie e questo andrebbe a confermare come la consapevolezza della necessità di un intervento di un professionista come uno psicoterapeuta non sempre sia percepita e quindi come l'accessibilità ai percorsi di psicoterapia non venga presa in considerazione da chi invece soffre di problemi personali da tempo. In questo, il servizio di peer chat può aiutare ad assumere una consapevolezza circa la durata del disagio e la conseguente necessità di cercare un aiuto.

Al termine di una consulenza via chat, è stato somministrato un questionario a 40 persone per capire il grado di soddisfazione percepito. Di questi 20 hanno risposto fornendo una valutazione molto positiva. In particolare il fatto di sentirsi presi sul serio e ascoltati, i ragazzi hanno percepito un miglioramento. Il 100 % pensa di utilizzare ancora la peer chat. Di seguito ne diamo un dettaglio.

Valutazione preliminare peer

Di seguito sono riportati i dati relativi all'assessment life skill dei 14 peer chat che insieme agli 8 peer coach gestiscono il servizio. Si tratta per il 71 % di ragazze e per il 29 % di ragazzi. L'età media è di 20,2 anni. Per quel che riguarda le 10 dimensioni dell'assessment abbiamo una prevalenza dell'area emotiva con la dimensione relativa all'autoconsapevolezza di 4,5 su 5. La dimensione immediatamente successiva è quella del problem solving a 4,3 appartenente all'area cognitiva. Poi abbiamo la dimensione relativa all'empatia a 4,2 appartenente all'area emotiva dello strumento. Credo che questo dato possa risultare interessante e coerente con i criteri di selezione dei peer chat poiché si richiede l'aver sviluppato una resilienza attraverso eventi di vita e successivi percorsi di psicoterapia conclusi o ancora in corso. Questo può aver permesso uno sviluppo delle dimensioni ora citate e che giocano un ruolo rilevante all'interno della consulenza via chat dei peer.

Conclusioni

Sono consapevole che i risultati emersi possono rappresentare uno studio preliminare parziale ma credo che possano darci degli elementi utili sul benessere dei giovani e sulla necessità di sviluppare sul territorio servizi digitali che utilizzino le esperienze, il linguaggio e la cultura giovanile condivisa dei peer. Infatti, all'interno del passaggio dall'infanzia all'adolescenza il gruppo di pari assume sempre più un ruolo credibile e centrale come punto di riferimento al di fuori della famiglia. Così la resilienza dei peer presenti in chat, l'esperienza dei peer coach, possono aiutare i giovani a capire meglio quello che sentono e ad avere una maggiore consapevolezza dei problemi che

vivono e che possono mettere a repentaglio la loro salute fisica ma anche quella mentale. Tale presenza permette anche di raggiungere più velocemente un aiuto da parte di uno psicoterapeuta favorendo così l'intervento precoce.

La numerosità delle chat che arrivano al servizio di peer chat e le tematiche ci fanno dire che i ragazzi sono sensibili a quello che vivono e hanno la necessità di un confronto con i pari anche su tematiche delicate e importanti. Quindi questo tipo di servizio può abbassare la soglia e i tempi per avere un primo confronto senza giudizio. Spesso il linguaggio delle chat è diretto e senza mezzi termini. Un altro effetto che l'alto numero di chat pervenute può agevolare, è che si rinforzi la speranza che ai propri problemi ci possa essere una soluzione e questo permette ai giovani di non scivolare in un senso di rassegnazione depressivo in cui ogni sforzo per migliorare sé stessi o le situazioni in cui si è coinvolti risulta vano. Inoltre, questo servizio permette di uscire da un proprio isolamento che allontana la persona da un contatto positivo con sé stesso.

Per quel che riguarda il versante peer, i risultati mostrano come le esperienze di vita personale forti, alla base della selezione per diventare peer, insieme al proprio percorso di psicoterapia e la formazione per il ruolo stesso, siano un elemento cruciale per poter svolgere il ruolo di peer. Di fatto si è di fronte ad un alto livello di resilienza personale che può essere messo a disposizione delle persone con cui si chatta. Un altro elemento importante è il fatto di effettuare i due turni settimanali in gruppo, oltre che con la presenza dei peer coach. Questo favorisce uno scambio continuo tra i peer stessi che aiuta a sviluppare la propria autoconsapevolezza, il proprio problem solving e la propria empatia dimensioni risultate molto alte all'interno del life skill assesment. Di fatto queste dimensioni trovano espressione diretta nella percezione del servizio in cui i ragazzi si sentono ascoltati, trovano idee nuove, rafforzano la fiducia in sé.

Da ultimo, il vedere la propria efficacia, su tematiche in cui un tempo, gli stessi peer possono essere scivolati, permette di confermare la loro resilienza personale e dare un sostegno con un punto di vista interno di chi sa bene quali possono essere le emozioni anche contrastanti presenti nelle diverse situazioni e le sfide, gli ostacoli, le difficoltà. In questo senso il sostegno che ne risulta può essere molto efficace e portare a richiedere un aiuto professionale invece di ripetere mille volte gli stessi schemi ottenendo gli stessi risultati.

Bibliografia

- Cristini, F., Poser, F., Scacchi, L. & Perri, A. (2010). Quando la peer education esce dalla scuola. *Salute e Prevenzione*, 55, 31-52.
- Leutenberg, E. A. & Liptac, E. (2010). *The Practical Life Skills Workbook: Self-Assessments, Exercises & Educational Handouts*. Whole Person Ass.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C. & Zannini, M. (2004). *Educare le Life skills*. Erickson.
- Ottolini, G. & Rivoltella, P. C. (2014). *Il tunnel ed il Kayak. Teoria e metodo nella peer & media education*. Franco Angeli.

Le autrici

Mara Foppoli è psicologa, psicoterapeuta ASP, Gestalt, EMDR, Site Manager per Consulenza Svizzera Italiana di Pro Juventute.

Milena Pacciorini è filosofa, consulente filosofica e neuroscienze, PNL e PNQ, Presidente e Coach Young4HelpChat Svizzera.

Contatto

mara.foppoli1@gmail.com

Chat entre pairs : Évaluation d'une expérience en ligne

Mara Foppoli & Milena Pacciorini

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 43–44

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-43>

Mots clés : chat entre pairs, chat, conseil en ligne, pair, conseil entre pairs

Cet article se propose de rapporter et d'évaluer l'expérience de chat par les pairs (*peer chat*) menée depuis 2019 en Suisse italienne et toujours en cours. Il s'agit d'un service qui s'inscrit dans un contexte plus large de prévention primaire et qui vise à offrir un terrain de confrontation aux jeunes dans le cadre d'un conseil écrit par des jeunes. Et c'est précisément l'attention portée aux jeunes, à leur demande et à leur possibilité d'obtenir de l'aide qui montre qu'il n'est pas si facile d'obtenir une compréhension des problèmes personnels de la part du monde adulte, de la famille, qui n'a pas toujours une attitude d'ouverture, d'écoute et de compréhension des problèmes existentiels et de santé mentale. Nous avons probablement des visions différentes sur ces questions, qui viennent du fait que nous appartenons à des générations différentes. Ainsi, si d'un côté nous avons les jeunes de la génération Zeta qui se rendent compte que quelque chose ne va pas chez eux et partent à la recherche d'un diagnostic, en se fiant malheureusement uniquement aux informations trouvées sur le net, de l'autre côté il y a aussi peut-être une attitude de certains parents à nier le malaise et une minimisation de celui-ci qui empêche une intervention précoce par des psychothérapeutes par exemple.

Lors du dernier congrès IC 2022 de l'International Child Helpline qui s'est tenu à Stockholm, la conviction générale était que pour un jeune, avoir accès à une psychothérapie est encore un chemin semé d'obstacles économiques mais aussi de stigmatisation de la santé mentale. Comme pour nier l'existence du problème et comme si le fait d'être très jeune ne permettait pas de le comprendre.

Afin de pouvoir procéder à cette première évaluation, deux points de vue ont été pris en considération : celui des utilisateurs du service de chat entre pairs et celui des caractéristiques des pairs, c'est-à-dire des personnes qui gèrent le service. Cela devrait permettre de comprendre d'une part l'impact de ce service sur le bien-être des jeunes et d'autre part quelles dimensions liées aux compétences de vie sont les plus mises en avant dans ce type de conseil où il existe une relation symétrique et étroite entre les pairs et le chat.

Afin de mieux décrire le service de chat entre pairs, nous souhaitons fournir quelques données. En particulier : 6.466 chats ont été gérés en 2022, avec une moyenne mensuelle d'environ 530 chats par mois. La majorité des utilisateurs du service sont des filles (65 %), des gar-

çons (31 %) et des non-binaires (environ 4 %). Certains thèmes ont émergé. Les problèmes personnels représentent jusqu'à 30 % des sujets abordés. Nous estimons utile de souligner que pas moins de 24 % des chats traitent de sujets sensibles tels que les troubles de l'humeur, l'automutilation, les pensées suicidaires, la violence. Souvent les personnes ne sont pas conscientes de la persistance ou de la fréquence de ces pensées ou fantasmes et cela confirme que la conscience de la nécessité d'une intervention d'un professionnel tel qu'un psychothérapeute n'est pas toujours perçue et donc que l'accessibilité aux moyens psychothérapeutiques n'est pas dans l'esprit de ceux qui souffrent de problèmes personnels depuis un certain temps. En cela, le service de chat entre pairs peut contribuer à faire prendre conscience de la durée et de la nécessité d'un tel besoin et à susciter une prise de conscience et une recherche d'aide en conséquence.

À l'issue d'une consultation par chat, un questionnaire a été soumis à 40 personnes pour connaître leur degré de satisfaction. Parmi ceux-ci, 20 ont répondu par une évaluation très positive. Les jeunes ont notamment noté qu'ils se sentaient pris au sérieux, écoutés et qu'ils percevaient une amélioration. 100 % pensent qu'ils utiliseront toujours le chat entre pairs.

Vous trouverez ci-dessous les données d'évaluation des compétences de vie des 14 « peer chats » qui, avec les 8 « peer coaches », gèrent le service. Ils sont composés de 71 % de filles et de 29 % de garçons. L'âge moyen est de 20,2 ans. En ce qui concerne les 10 dimensions de l'évaluation, nous avons une prévalence du domaine émotionnel avec la dimension relative à la conscience de soi à 4,5 sur 5. La dimension qui suit immédiatement est celle de la résolution de problèmes à 4,3, appartenant au domaine cognitif. Ensuite, nous avons la dimension relative à l'empathie à 4,2 qui appartient au domaine émotionnel de l'instrument. Nous pensons que ces données peuvent être intéressantes et cohérentes avec les critères de sélection du chat des pairs, car elles requièrent d'avoir développé une résilience à travers des événements de la vie et au cours de psychothérapie terminées ou en cours. Cela a peut-être permis de développer les dimensions mentionnées ici et qu'elles jouent un rôle pertinent dans le conseil par chat avec les pairs.

Nous sommes conscientes que les résultats qui ont émergé

peuvent représenter une étude préliminaire partielle, mais nous croyons qu'ils peuvent nous donner des éléments utiles sur le bien-être des jeunes et la nécessité de développer sur le terrain des services numériques qui utilisent les expériences, le langage, la culture des jeunes partagés par des pairs. En effet, lors du passage de l'enfance à l'adolescence, le groupe de pairs assume de plus en plus un rôle crédible et central en tant que point de référence en dehors de la famille. Ainsi, la résilience des pairs présents dans les salons de discussion, l'expérience des pairs coaches, peuvent aider les jeunes à mieux comprendre ce qu'ils ressentent et à avoir une plus grande conscience des problèmes qu'ils rencontrent et qui peuvent mettre en péril leur santé mais aussi leur santé mentale. Une telle présence permet également d'obtenir plus rapidement l'aide d'un psychothérapeute, favorisant ainsi une intervention précoce.

Le nombre de chats arrivant au service de chat entre pairs et les sujets abordés nous font dire que les jeunes sont sensibles à ce qu'ils vivent et ont un besoin de confrontation avec leurs pairs même sur des sujets sensibles et importants. Ce type de service peut donc abaisser le seuil et le temps nécessaires à une première confrontation sans jugement. Le langage des chats est souvent direct et sans détour. Un autre effet du nombre élevé de chats reçus est qu'il renforce l'espoir qu'il existe une solution à leurs problèmes, ce qui permet aux jeunes de ne pas glisser dans un sentiment de résignation dépressive dans lequel tous les efforts pour s'améliorer ou améliorer les situations dans lesquelles ils sont impliqués s'avèrent vains. En outre, ce service leur permet de sortir de leur

propre isolement, qui éloigne la personne d'un contact positif avec elle-même.

En ce qui concerne le rôle de pair, les résultats montrent que des expériences de vie personnelles fortes, qui sont à la base de la sélection pour devenir pair, ainsi que le propre parcours psychothérapeutique et la formation pour le rôle lui-même, sont des éléments cruciaux nécessaires pour être capable de jouer le rôle de pair. En fait, on est confronté à un haut niveau de résilience personnelle qui peut être mis à la disposition des personnes avec lesquelles on discute. Un autre élément important est le fait que les deux tours de table hebdomadaires se déroulent en groupe, ainsi qu'en présence des pairs coaches. Cela favorise un échange continu entre pairs qui aide à développer la conscience de soi, la résolution de problèmes et l'empathie, dimensions qui se sont avérées très élevées dans l'évaluation des compétences de vie.

Les Autrices

Mara Foppoli est psychologue, psychothérapeute ASP, Gestalt, EMDR, responsable de site pour la consultation suisse italienne de Pro Juventute.

Milena Pacciorini est philosophe, consultante en philosophie et neurosciences, PNL et PNQ, présidente et coach de Young4HelpChat Suisse.

Contact

mara.foppoli1@gmail.com

Wie das Oaklander-Modell in einer Pandemie eine globale Gemeinschaft von Therapeut*innen ins Leben rief und die Ausbildung und Behandlung bereicherte

Karen Fried

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 45–57

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-45>

Zusammenfassung: Die durch COVID-19 verursachte soziale Isolation bedrohte den Kontakt zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen sowie zwischen Auszubildenden und Lernenden, insbesondere im Bereich der Kindertherapie. Als Reaktion darauf entwickelte die Autorin dieses Artikels kostenlose interaktive Online-Tools für die Spieltherapie nach dem Oaklander-Modell (Sandkasten, Puppen, Puppenhaus, Therapiekarten, achtsames Zeichnen), bei dem die Originale durch Registerkarten mit Bildern ersetzt wurden. Diese konnten die Klient*innen auswählen, platzieren, verschieben, vergrößern oder verkleinern. So wurden sie zum Spielen und Sprechen gebracht und haben Szenen inszeniert. Die Autorin führte in ihrer Anwendung auch Telekonferenzen für Schulungen und Supervisionen durch. Im Rahmen der digitalen Interventionen und Schulungen arbeiten Therapierende aus etwa 30 Ländern zusammen, um Kinder aus der Ferne zu unterstützen. Durch die technologische Neufassung der Spieltechniken und der Schulungen konnten sie ihre Fähigkeiten und Reichweite beibehalten und sogar erweitern. Diese Erweiterung bestätigte die universelle, zeitlose Wirksamkeit der Interventionen und des Ansatzes von Oaklander sowie ihre Anwendbarkeit auf virtuellen Plattformen. Sie verbesserte auch den Zugang der Klient*innen zur Therapie und der Therapierenden zur klinischen Weiterbildung, unabhängig von Standort und Finanzen. Schliesslich wurden die Vorteile der Telespieltherapie und von Teleschulungen deutlich: Aufzeichnung von Sitzungen oder Schaffensphasen der Klient*innen, auch von separaten Geräten aus; Einbeziehung der Wohnung der Klient*innen, der Haushaltsmitglieder, Haustiere und bedeutungsvoller Objekte zur Beurteilung und Untersuchung; ökologische Nachhaltigkeit durch den Verzicht auf Transportmittel, Büromiete, physische Kunstmaterialien und Lagerung; und Aufbau einer internationalen therapeutischen Gemeinschaft, die ihr Wissen teilt. Regelmässige Abstimmungen, aktuelle Website-Analysen und eine kürzlich durchgeführte formelle Umfrage zeigen, dass diese Techniken und Errungenschaften Lockdowns, Entfernungen, finanzielle Engpässe und sogar Kriege überdauert haben und darüber hinausgewachsen sind. Die Möglichkeiten für digitale Therapien, digitales Lernen und digitales Zusammenarbeiten wachsen sowohl online als auch offline, was ein Beleg für die doppelte Leistung dieses Netzwerks ist: eine globale Gemeinschaft von Heilenden und eine globale Ausdehnung der Heilung.

Schlüsselwörter: Post-Pandemie-Teletherapie, Online-Violet-Oaklander-Modell, Online-Spieltherapie, interaktive Telespieltherapie

Die Isolation, die COVID-19 anfänglich zwischen Kinderpsychotherapeut*innen und Klient*innen sowie zwischen Supervisor*innen und Auszubildenden auferlegte, bedrohte alle Aspekte der Behandlung. Als Reaktion darauf wurden mit der Entwicklung digitalisierter Interventionen, Supervision und Lehre des Oaklander-Modells Instrumente und eine therapeutische Gemeinschaft geschaffen, die die Lockdowns überdauert haben. Sie bestätigten die Wirksamkeit und Anwendbarkeit der Gestalttherapie auf virtuelle Behandlungsformen sowie auf die Weiterbildung und Zusammenarbeit von Therapierenden. Ausserdem zeigten sie spezifische Vorteile, die die Telearbeit für Klient*innen und Therapierende bietet, einschliesslich des orts- und ressourcenunabhängigen Zugangs. Mit Modifikationen an den persönlichen Sitzungen und Schulungen scheint das digitalisierte Oaklander-Modell seine

Behandlungskraft und Verfügbarkeit beizubehalten und sogar zu erweitern und die Branche durch die Vernetzung von Therapierenden voranzubringen. Die Erfahrung legt nahe, dass sowohl die Nutzung der interaktiven Telespieltherapie als auch die diesbezügliche Weiterbildung sowohl in virtuellen als auch in realen Umgebungen auf Dauer Bestand haben werden. Regelmässige Abstimmungen, Website-Analysen und eine umfangreiche Umfrage unter den Teilnehmenden bestätigen diese Feststellung.¹ Sie wird auch durch den Aufbau eines dauerhaften globalen Netzwerks von Therapierenden des Oaklander-Modells und durch die Ergebnisse für Klient*innen, denen sie

¹ <https://oaklandertraining.org/s/Oaklander-Model-Online-2023-Summary-Data.pdf>.

auf neue Weise und an neuen Orten geholfen haben, veranschaulicht.

Begründung für die Online-Oaklander-Therapie

In der Pandemie wurde der Nutzen des Oaklander-Modells in einem völlig neuen Format getestet. Telesitzungen mit Erwachsenen hatten bereits Fuss gefasst (Smith et al., 2021) und die Teletherapie für ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen hatte Interesse geweckt (Beel, 2021). Aber die Pandemie erforderte die Umwandlung von Oaklanders taktiler, klient*innengeführter, interaktiver Spieltherapie in eine Struktur, die für Therapierende, die nicht an virtuelle Arbeit gewöhnt waren, benutzerfreundlich war, wie Sampaio et al. (2021) schrieben. Zu den Bedenken gehörten, ob ein Telesetup die Interventionen schwächen könnte und ob bei Teleschulungen die Feinheiten abflachen könnten.

Das Gegenteil war der Fall: Die digitalisierten Oaklander-Tools banden isolierte Jugendliche gut ein (Bolton et al., 2021) und die Supervisionen und Schulungen am Bildschirm ermöglichten es den Auszubildenden und Kolleg*innen, die Anwendung vollständig zu beherrschen. Die Grundsätze des Modells, seine evaluativen und therapeutischen Funktionen und seine Anwendbarkeit auf verschiedene Ansätze, Diagnosen und Kontexte erklären seine Funktionalität auf Teleplattformen.

Grundsätze

Das Modell von Oaklander zielt darauf ab, das Selbstbewusstsein von Kindern und ihre Verbindung zu unterstützenden Personen zu stärken, indem Gestaltkonzepte und Entwicklungstheorien in erfahrungsorientierte, zwischenmenschliche Interventionen eingeflochten werden (Mortola, 2001). Diese kreativen – also notwendigerweise projektiven – Aktivitäten ermöglichen es ihnen, mit ihren Sinnen, Gefühlen und Gedanken in Kontakt zu treten, «[to] gain a [...] sense of [...] their capabilities» und echte Beziehungen aufzubauen (Mortola, 2006, S. 12f.).

Ihre Anwendung der Gestaltprinzipien auf das sich bewegende Ziel eines sich entwickelnden Selbst setzt spielerische projektive Übungen ein, um emotionale und verhaltensbezogene Probleme auf eine Weise zu beleuchten, die ein Kind verstehen kann: Junge Menschen können sich verbal schlechter ausdrücken und es ist «einfacher» und «sicherer» z. B. durch Puppen über Schwierigkeiten zu sprechen (Oaklander, 1978, S. 104). Diese Sicherheit ermöglicht es ihnen, ignorierte Polaritäten oder Aspekte von sich selbst zu entdecken, auszudrücken und zu integrieren. Im Gegenzug bringt der integrierte innere Kontakt ein Gefühl für sich selbst als «Ich», das eine Ich-Du-Beziehung ermöglicht, mit sich: «If the self is weak and undefined, the boundary is fuzzy and contact suffers» (Oaklander, 2001, S. 46). Der durch die therapeutische Partnerschaft verstärkte innere und äussere Kontakt ermöglicht es dem Kind, sein Selbst zu regulieren und zu schützen.

Evaluative und therapeutische Anwendungen

Die Techniken von Oaklander decken den Reifegrad des Kindes auf und fördern ihn. Der erste Schritt, die Bewertung, hängt von der Auswahl der Klient*innen aus einem gut gefüllten Instrumentarium ab, das, wie Mortola (2006, S. 29) zitiert, «tell[] us that those images [...] touch[] something important in them». Die Kreationen der Klient*innen sprechen also mit «a symbolism that substitutes for words» (Oaklander, 1978, S. 106). Klem (1992) präsentierte klinische Beweise für die Nützlichkeit der Arbeit mit dem Puppenhaus bei der Offenlegung und Lösung durch das von den Klient*innen geleitete ritualisierte Spiel, während Bernier (2005) Puppen als wertvoll für die psychologische und intellektuelle Bewertung und als wesentlich für die Offenlegung und Verarbeitung von Traumata befand. Trotz der für die Methode charakteristischen Individualisierung bezeugen eine Fülle von Studien vor und nach der Behandlung und Berichte von Forschenden und Kliniker*innen ihre evaluative und therapeutische Wirksamkeit (Bratton et al., 2005; Carroll, 2015; Wheeler & McConville, 2002; Mortola, 2006).

Anwendbarkeit

Tatsächlich scheint der evaluative und therapeutische Nutzen des Modells gerade aus seiner Individualisierung zu resultieren – einer ganzheitlichen Betrachtung des Kindes in einem spezifischen Umfeld, einer Analyse des Entwicklungsstands des Kindes und einer massgeschneiderten, klientenorientierten Behandlung. Die Veröffentlichung von *Windows to Our Children* in 17 Sprachen, die Veröffentlichung von *Hidden Treasure* in sieben Sprachen und das aktuelle Narrativ zeigen seine Flexibilität.

Die Anwendung des Modells auf verschiedene Therapien, Pathologien und Kontexte legt dasselbe nahe. Courtney (2008) und Gil (1991) bezeichneten das Puppenhaus als unverzichtbar in jeder Kindertherapie. In ihrer Metaanalyse von 93 Studien, in denen die Wirkung der Spieltherapie untersucht wurde, führen Bratton et al. (2005) den Ansatz von Oaklander als zentral für die Branche an. Oaklanders Techniken, die spielerisch, aber beharrlich die Entscheidungsfindung, den nonverbalen und verbalen Ausdruck und die Beziehung zu vertrauten Therapeut*innen fördern, scheinen in einer Zeit kollektiver Traumata und privater Einsamkeit sowohl wirksam als auch passend zu sein (Bolton et al., 2021; Strauch, 2021).

Digitalisierung von Oaklanders Interventionen und Schulungen

Während des Lockdowns entwickelte die Autorin kostenlose Online-Tools für das Oaklander-Modell² und

² onlinesandtray.com; onlinedollhouses.com; onlinepuppets.org; mindfuldraw.com; Therapiekarten auf oaklandertraining.org.

Schulungen (Fried, 2020a, b), damit die Autorin und die Supervisor*innen die Klient*innenbetreuung fortsetzen konnten. Um dem Ziel des Modells, die Klient*innen Szenen selbst gestalten zu lassen, gerecht zu werden, mussten die Instrumente Möglichkeiten bieten, die denen der physischen Objekte entsprechen.

Die Forschung legt nahe, dass virtuelle Instrumente ein hohes Mass an Unmittelbarkeit, Intensität, Vertraulichkeit und Ergebnissen sowohl im bewussten als auch im unbewussten Bereich ermöglichen (zu onlinesandtray.com s. Bolton et al., 2021; Strauch, 2021). Sie bieten auch Zugang für mehrere Klient*innen, unbegrenzte Speicherung von Screenshots oder Sitzungen und die Wahl des Mediums durch Klient*innen. Es hat sich auch gezeigt, dass virtuelle Instrumente, insbesondere der Sandkasten, die Ausbildung von Spieltherapeut*innen erleichtern (Swan et al., 2022; es gibt auch andere kostenpflichtige Sandkasten-Websites).

Anweisungen

Um die Vorteile der Originale beizubehalten, müssen Klient*innen und Therapeut*innen, mit Ausnahme vom achtsamen Zeichnen, Computer benutzen und die Website besuchen. Sie können ihren Bildschirm mit anderen teilen, die Fernsteuerung akzeptieren oder Therapierende anweisen, wie eine Szene aufgebaut sein soll. Zunächst lädt der*die Therapeut*in den*die Klienten*Klientin ein, platzierbare Bilder von menschlichen, tierischen und Fantasiefiguren und -gegenständen zu betrachten: 213 Figuren und etwa 320 Gegenstände beim Sandkasten (Abb. 2), etwa 220 Gegenstände beim Puppenhaus (Abb. 3) und 32 Figuren bei den Puppen). Mit den Optionsschaltflächen können die Klient*innen Szenen nachspielen:

- Klicken Sie auf ein Bild, um es der Szene *hinzuzufügen*.
- Klicken Sie auf ein Bild und dann auf *Löschen*, um es zu entfernen.
- Klicken Sie auf ein Bild und ziehen Sie es, um es zu *vergrössern* oder zu *verkleinern*.
- Klicken Sie auf Kopieren, um eine beliebige Anzahl von Bildduplikaten *hinzuzufügen*.
- Klicken Sie auf *Spiegeln*, um eine Figur in die andere Richtung zu drehen.
- Um eine Figur vor oder hinter einer anderen zu platzieren, wählen Sie die Figur aus, klicken Sie auf *Hinten* oder *Vorne* und ziehen Sie sie auf die andere Figur.
- Klicken Sie, um die Szene zu *speichern*.
- Klicken Sie, um die Szene zu *löschen*.

Wie die Originale haben auch der Online-Sandkasten und das Online-Puppenhaus jeweils eine Bühne, während die Puppen acht Kulissen und zusätzliche Aktionsmöglichkeiten bieten:

- Klicken Sie auf eine, einige oder *alle* Puppen und dann auf *Umarmen*, *Sprechen*, *Schlagen* oder *Springen*, um sie zur jeweiligen Handlung zu bewegen.

Wie in einer persönlichen Sitzung erforschen Therapierende die Schöpfungen der Klient*innen als Projektionen:

- Aufforderung an Klient*innen, sich eine Szene *vorzustellen*
- Aufforderung an Klient*innen, eine Szene *darzustellen*
- Aufforderung an Klient*innen, diese Szene zu beschreiben
- Nutzung projektiver Übungen:
 - Bitte an Klient*innen, eine oder mehrere Figuren zu *sein* und ihre Gefühle und Gedanken zu erkunden
- Förderung der Reflexion über die Projektion:
 - «Ergibt die Szene für Sie einen Sinn?»
 - Fragen, ob Klient*innen etwas hinzufügen oder ändern möchten
 - Zulassen, dass Klient*innen Bilder hinzufügen, löschen, verschieben, die Grösse ändern
 - Speichern der Szene

Achtsames Zeichnen

Ähnlich wie bei persönlichen Sitzungen ermöglicht der virtuelle Skizzenblock Klient*innen, ihren Gestaltungsprozess multimodal zu erleben – *Pinselstrichbreite* einstellen:

- Klicken Sie auf *Pinselfarbe* und dann auf die gewünschte Farbe.
- Klicken Sie auf *Pinselverblässung* und ziehen Sie, um die Bildkonservierung auf bis zu 60 Sekunden einzustellen.
- Klicken Sie auf *Töne*, um den gewünschten Ton auszuwählen.
- Klicken Sie auf *Schleife* für einen kontinuierlichen Ton oder auf *Zeitgesteuert* und das gewünschte Intervall.
- Klicken Sie auf *Pinselstil* und dann entweder auf *Linie* oder *Fleck*.

Therapiekarten (Abb. 1; Abb. 4)

Wie im persönlichen Gespräch erkunden Therapeut*innen die aus 55 Karten ausgewählte Karte durch Aufforderungen als Projektion:

- «Wie fühlen Sie sich jetzt gerade? Ziehen Sie eine Karte, die zu diesem Gefühl passt.»
- Bitten Sie die Klient*innen, die Karten zu betrachten und eine Karte anzuklicken, um sie zu vergrössern.
- «Ziehen Sie jetzt eine Karte, die darstellt, wie Sie sich gern fühlen würden.»
- «Können Sie eine Karte ziehen, die zu einer der Basisemotionen passt – traurig, wütend, froh und ängstlich?»
- «Ziehen Sie eine Karte, die Ihre Vergangenheit ... Gegenwart ... Zukunft repräsentiert.»

Nachdem die Autorin im Frühjahr 2020 eine Präsentation der Anwendbarkeit der Oaklander-Tools und der

Schulungen für ein virtuelles Format vorstellte (offline in Italien und COVID-19-bedingt online auf Zoom) und dieses Wissen so unter Therapeut*innen im Ausland verbreitete, stieg die Nachfrage auch international. Dieses Interesse führte zu einer weiteren und noch einer weiteren und dann zu einer fortlaufenden Reihe von Calls und Kursen. Dieses Forum ermöglichte es Therapeut*innen, sich über Raum, Zeit und sogar körperliche Fähigkeiten hinweg zu vernetzen und zu beraten: Sogar die 90-jährige Violet Oaklander selbst nahm daran teil, obwohl ihr Gehör, ihre Mobilität und ihr Sehvermögen altersbedingt eingeschränkt waren.

Kurz gesagt, die Flexibilität der Teletools und Teleschulungen widerlegte die Erwartung, dass ihr Einsatz nur von kurzer Dauer sein würde, ebenso die «Nur für den Moment»-/«Just for Now»-Annahme, was der Titel des ersten Artikels und der Call der Autorin zu diesem Thema war (Fried, 2020b, c). Die Akzeptanz virtueller Therapien und Kurse als solche und nicht als bedauerlichen Ersatz für persönliche Sitzungen und Live-Kurse hat beide Modalitäten dauerhaft bereichert: Dies hat das Verständnis der Oaklander-Therapeut*innen von «Jetzt» dahingehend erweitert, dass es nicht vorübergehend, sondern «die Gegenwart» bedeutet, und dies hat wiederum die Qualität von «Hier» ergänzt, was nicht «in der Nähe», sondern «wo immer Klient*innen oder Lernende gerade sind» bedeutet – eine Erweiterung des «Hier und Jetzt», das die Kindergestalttherapeutin Oaklander begrüßt.

Diese Antwort auf die pandemiebedingte Isolation unterstrich die Widerstandsfähigkeit der Verbindung zwischen Klient*in und Therapeut*in und zwischen Lehrenden und Lernenden über Raum, Zeitzonen und Technologie hinweg. Sie zeigte das Engagement, andere zu sehen und zu hören – ein Zeugnis, das an sich schon heilend und lehrreich ist.

Eine therapeutische Antwort

In der Hochphase von COVID-19 nutzten Therapeut*innen auf der ganzen Welt die Technologie, um eine Zusammenarbeit aufzubauen, ihr Fachwissen zu vertiefen, die individuelle Praxis zu verbessern und die Behandlungen und Weiterbildungen als frei verfügbares, aber auf lokale Bedürfnisse abgestimmtes Angebot neu zu gestalten.

Globale Gemeinschaft

Der Artikel «Just For Now» sollte Mitte März 2020 vorgestellt werden, doch der Call bewirkte noch viel mehr: Oaklander und die Teilnehmenden unterhielten sich so gut, dass alle eingeladen wurden, sich in der folgenden Woche erneut zu treffen. Die Erwähnung der Gründung der Violet Solomon Oaklander Foundation (VSOF) durch die Autorin, um ihre Arbeit fortzuführen, führte zu einer sofortigen Anfrage von Mirela Badurina aus Bosnien und Herzegowina: Das BHIDAPA-Zentrum in Sarajevo, das integrative Psychotherapie für Migrantenfamilien lehrt

und erforscht, wollte für seine Website das Handbuch *Just For Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis* (Fried, 2020b) übersetzen – eine kostenlose Ressource, die sie immer noch nutzen. Bei der zweiten «Just For Now»-Konferenz (JFN-Konferenz) bedankte sie sich persönlich bei Oaklander für *Windows* – das einzige Buch für Jugendliche, das nach dem Krieg im damaligen Jugoslawien verfügbar war.

In den Calls teilten die Therapeut*innen Michal Cernik in der Tschechischen Republik und Jennifer Brury in San Francisco mit, was ihrer Meinung nach bei den Telesitzungen und der Maskierung verloren gegangen ist. Im Mai 2020 stellte die Autorin dieses Artikels Soledad Pauletti aus Argentinien zwei Therapeutinnen in Italien vor, Chiara DeGale Esposti und Ornella Cavalluzzi – Expertinnen für die Unterstützung des sozial-emotionalen Lernens von Lehrenden, um ihre Verfügbarkeit für Schüler*innen zu erhöhen –, damit Pauletti dasselbe für Lehrende in Argentinien tun konnte. In einer Umfrage vom Mai 2020 gaben 84,2 % der Befragten die Informationen aus den JFN-Calls an ihre Kolleg*innen weiter.³

Im Juni desselben Jahres veranlassten die Unruhen nach den Morden an George Floyd und Breonna Taylor Christina Morse dazu, den JFN-Teilnehmenden «Rassismus in Amerika» vorzustellen und dabei ihre Erfahrungen als Person of Color in Los Angeles zu schildern. Kurz darauf traf Shlomy Kattan aus Uruguay, der sich ebenfalls in Los Angeles aufhält, bei einem Call mit anderen Therapierenden aus seinem Land zusammen. Einen Monat später stellte Laura Saldarriaga aus Kolumbien ihre therapeutische Anwendung des *Kleinen Prinzen* vor, während die Teilnehmenden verschiedene Übersetzungen des Werks hochhielten. Ihre spätere Bemerkung, sie wünsche sich, dass die «Just For Now»-Meetings «just for always» sein würden, erwies sich als prophetisch, denn aus einem Call in der Pandemiezeit sind bis heute 29 geworden, zunächst wöchentlich, dann monatlich und jetzt vierteljährlich. An jedem dieser Calls nahmen 80 bis 100 Therapierende aus etwa 30 Ländern teil, die lehrten und lernten, wie man junge Menschen und Familien trotz Isolation, Armut und manchmal auch Krieg heilen kann. Die «Just for Now»-Artikel und das VSOF-Handbuch wurden in sechs Sprachen übersetzt und unterstützen Therapierende bei der virtuellen Betreuung von Kindern und Familien (Fried, 2020a, b; Fried & McKenna, 2020). Die gemeinsamen Erkenntnisse dieser globalen Gemeinschaft haben die Arbeit der einzelnen Therapierenden dauerhaft verändert, und an den Calls nehmen immer noch etwa 50 Menschen aus über 20 Nationen teil.

Individuelle Lehre und Praxis

Ausgehend von den JFN-Calls und den Schulungen zu Oaklander-Teleinterventionen unterrichtet Jackie Flynn aus Florida heute EMDR mit Hilfe von onlinesandtray.

³ <https://oaklandertraining.org/s/Oaklander-Model-Online-2023-Summary-Data.pdf>.

com, David Crenshaw in New York bildet Kandidat*innen mit diesem Instrument aus und Dana Wyss aus Los Angeles setzt es in ihren Online-Sitzungen ein. Die Verwendung aller von der Autorin entwickelten Online-Tools ermöglicht es den Lernenden, diese ihren Klient*innen anzubieten, selbst wenn sie persönlich miteinander arbeiten. Im Herbst 2020 nutzte Tammi Van Hollander in Philadelphia onlinesandtray.com, um chinesische Spieltherapeut*innen in einer Reihe von Zoom-Veranstaltungen zu unterrichten. Laura Saldarriaga aus Kolumbien übersetzte und schickte im August 2021 Aufzeichnungen (leicht bearbeitet, unten) eines laufenden Falls, der ihr von einem JFN-Kollegen überwiesen wurde. Der Fall ist ein Beispiel für die Nutzung dieser Online-Tools von Oaklander sowohl aus der Ferne als auch in persönlichen Sitzungen und zeigt ihre Vorteile auf.

Der Fall «Gil»

«Gil», ein sich als männlich identifizierender 11-jähriger Fünftklässler, präsentiert sich als intelligent und nett, ist von kleiner Statur und gut gekleidet. Seine Sprache klingt erwachsen, mit anspruchsvollen Begriffen aus den Bereichen Computerprogrammierung, Videospiele und Robotik. Seine seit Langem bestehenden Ängste vor Keimen (z. B. im Kino) und vor Höhe, vor denen er sich gewöhnlich durch Isolation zurückzieht, wurden durch die Pandemie noch verschlimmert. Obwohl er seine Probleme herunterspielte – «Es ist alles in Ordnung» –, war er das einzige Kind, das eine Maske trug und nicht ohne Maske zur Schule ging. Gil ass und schlief wie immer, wollte aber seit der Pandemie nur noch in seinem Zimmer sitzen.

Der Klient kam zur Therapie, weil seine Eltern ihn als zunehmend besorgt, unglücklich und unsozial empfanden, obwohl er höflich mit Gleichaltrigen interagierte. Die eng verbundene, unterstützende und sehr gesellige Familie scheint Gil freundlich zu behandeln und ihm sanft Grenzen zu setzen. Gils Vater leitet ein technisches Unternehmen. Gil begleitet ihn oft ins Büro und spricht intelligent mit den Angestellten. Tatsächlich scheint die Unterhaltung mit Erwachsenen die Komfortzone des Klienten zu sein. Gil hatte zuvor noch keine Therapie gemacht und man hoffte, dass eine Therapie ihm Raum geben würde, über seine Gefühle zu sprechen. Im August 2021 wurde der Fall von einem JFN-Teilnehmer an die Therapeutin, die den Oaklander-Ansatz sowohl in persönlichen Sitzungen als auch virtuell anwandte und zu reinen Telebehandlungen überging, nachdem Gils Familie nach Uruguay gezogen war, überwiesen.

Trotz Gils Ängsten fühlte er sich bei ihr wohl genug, um zu vergessen, in der Sitzung eine Maske zu tragen. Dennoch verdeutlichten seine zugrundeliegenden und aktuellen COVID-19-Ängste, warum er soziale Kontakte vermied. Auch hier sah Gil selbst diesen Zusammenhang nicht, da er nach eigener Aussage sich sowieso lieber allein die Zeit vertreibt. Daher bat die Therapeutin Gil zu Beginn der Therapie, eine Therapiekarte zu ziehen, die seine momentane Gefühlslage widerspiegelt. Er wählte die

Maus (Abb. 1), was ihn dazu brachte, über die Schwierigkeiten der Maus, Freunde zu verstehen und neue zu finden, zu sprechen: «Wenn sie über ein Thema reden, verliere ich mich [...]. Ein bisschen allein, das Sozialisieren [...]. Es gibt Zeiten, in denen ich die Gefühle meiner Freunde nicht verstehe [...]. Ich möchte verstehen, wie man neue Maus-Freunde findet.»

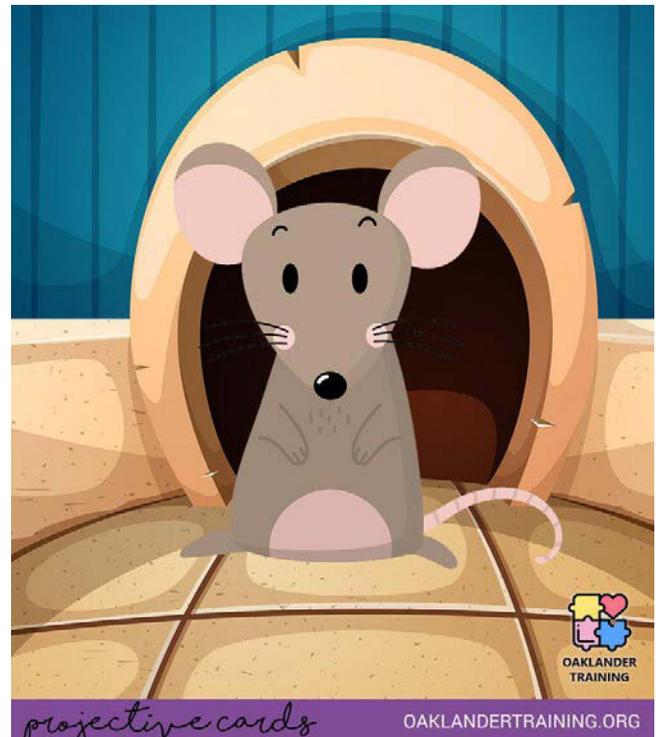


Abb. 1: Therapiekarte «Maus»

Eine weitere frühe Intervention befasste sich mit realistischeren sozialen Ängsten, indem das projektive Puppenspiel eingesetzt wurde, um ihm zu helfen, mit mobbenden Jungen in der Schule umzugehen. Er ist nach wie vor stolz auf diesen Erfolg, denn die Jungen respektieren ihn jetzt und er bringt oft seine Puppe Banané zu den Sitzungen mit.

Was Gils Ängste auslöste, war der Plan seiner Familie, Kolumbien zu verlassen und in ihr Heimatland Uruguay zurückzukehren. Gil wehrte sich dagegen, über seine anderen Ängste zu sprechen, und die Therapeutin respektierte seinen Widerstand. Glücklicherweise sorgten die Online-Tools, die sowohl aus der Ferne als auch in den persönlichen Sitzungen genutzt wurden, für ein Gefühl der Stabilität trotz des bevorstehenden Umzugs. Gil nutzte onlinesandtray.com, um darzustellen, was ihm an Kolumbien gefiel: «Traditionen, freundliche Menschen, die Art, wie sie reden, das Wetter und die Artenvielfalt.» Er sagte, dass er mehr von Kolumbien in der Szene sehen wollte und schaffte es, die kolumbianische Flagge freihändig zu gestalten und in der Mitte darzustellen (Abb. 2). So nutzte das virtuelle Tool Gils Interesse an Elektronik, um ihm zu helfen, seinen Kummer und seine Angst, Kolumbien zu verlassen, zu entdecken, auszudrücken und zu lindern.



Abb. 2: Sandkasten zum Feiern von Kolumbien

Mit dem Online-Puppenhaus (Abb. 3) entwarf Gil sein Wunschhaus und sein neues Leben in Uruguay. Er war so begeistert von seiner Kreation, die seine Umzugsorgen weiter verringerte, dass er sie mit seiner Mutter teilte, die sie wiederum mit dem Architekten teilte, der ihr neues Haus plante.

Im Oktober 2022 wählte Gil die Therapiekarte «Baum» (Abb. 4), um seine Gefühle darzustellen: «Ich bin ein Baum, ich bin voller Möglichkeiten, ich kann jetzt mehr Dinge tun, ich kann Freunde finden und alles tun, was ich will, ich fühle mich viel besser.» Seine Kartenwahl und -interpretation zeigen, dass er seine Ängste deutlich abgebaut hat, selbst als die therapeutische Arbeit bereits in weite Ferne gerückt war.



Abb. 3: Puppenhausentwurf für das Haus in Uruguay

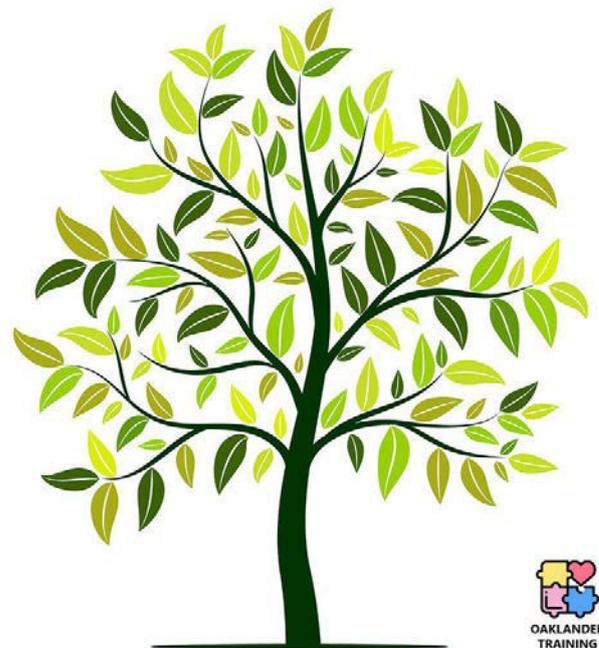


Abb. 4: Therapiekarte «Baum»

In einem JFN-Call erläuterte Saldarriaga, warum sie bei Gil, wie auch bei anderen, Online-Tools einsetzt, selbst wenn die Sitzung persönlich stattfindet: Mit ihrem iPad kann sie an jedem beliebigen Ort üben und sichere Aufzeichnungen über die sich entwickelnden Kreationen ihrer Kund*innen führen. Am wichtigsten ist, dass die Online-Tools in persönlichen Sitzungen den Jugendlichen eine entwicklungstechnisch wichtige Wahlmöglichkeit bietet.

Internationale Schulungen, Partnerschaften und Konferenzen

Das therapeutische Kollektiv teilte diese und andere Beispiele für Schulungen und Behandlungsmöglichkeiten während und nach der Pandemie mit Hilfe von Oaklander-Teleinstrumenten miteinander (Fried, 2021) und führte virtuelle Kurse, Partnerschaften und Konferenzen durch, die diesen Bildungsbereich erweiterten. In den USA hat Susan Dorn aus Seattle, Oregon, eine monatliche Online-Peergruppe zum Oaklander-Modell ins Leben gerufen, der sich auch weiterhin Therapierende aus dem Ausland anschließen. Nach dem JFN-Call im März 2020 rief Giandomenico Bagatin die «Gestalt Play Therapy Italia» ins Leben und veranstaltet bis heute monatliche Treffen in Italien, oft mit Vorträgen dieser Autorin und anderer VSOF-Mitglieder. Er stammt aus einem der Länder, die schon früh und schwer von COVID-19 betroffen waren, und war einer der ersten, der die verheerenden Auswirkungen in einem Call beschrieb.

Die Schulung durch die Autorin im April 2020 in Italien, die für italienischsprachige Teilnehmende als

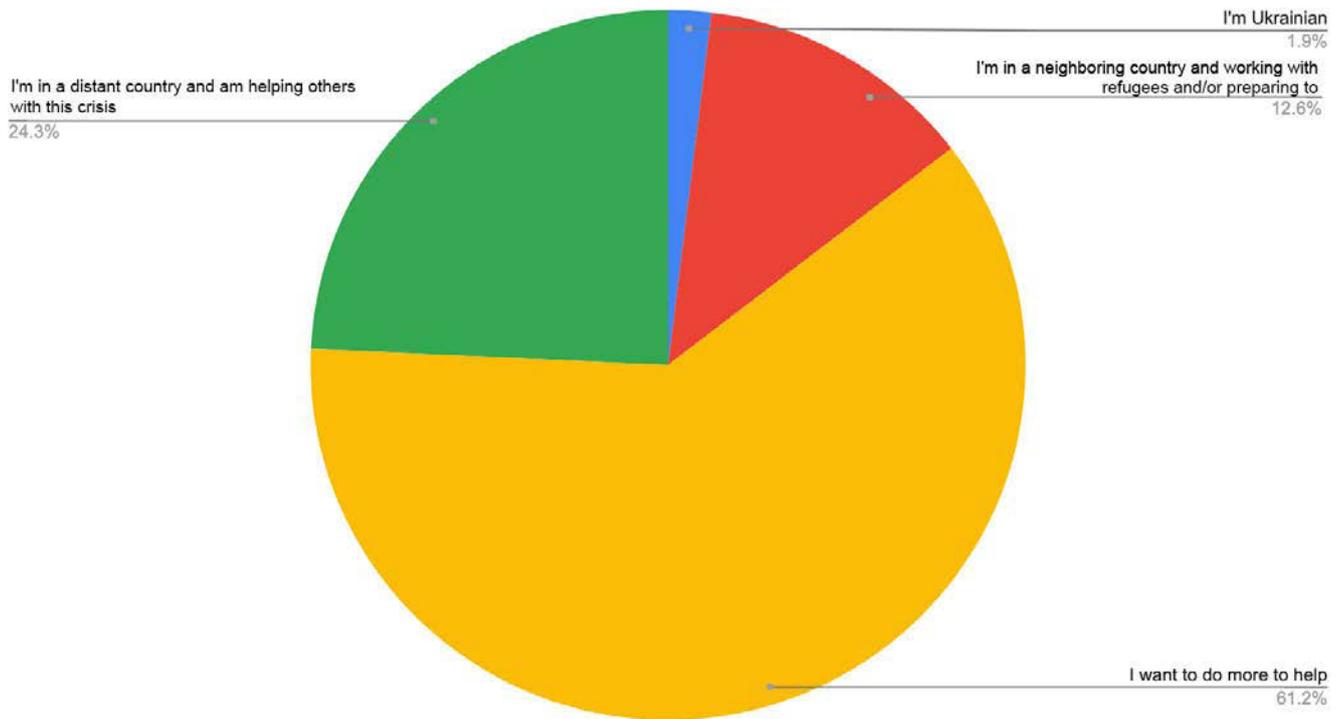


Abb. 5: Hilfe für die Ukraine

Zoom-Konferenz abgehalten wurde, ermöglichte ein Treffen zwischen Tzvetta Misheva-Aleksova aus Bulgarien und Seema Omar aus Sri Lanka. Sie arbeiten nun zusammen, da Omar Misheva-Aleksova gebeten hat, Therapierenden in Sri Lanka das Storytelling beizubringen. Misheva-Aleksova gründete selbst die «Gestalt Play Therapy Bulgaria» und sponserte eine 70-stündige Schulung mit Praktiker*innen, von denen sie einige bei JFN-Calls kennengelernt hatte.

Im Dezember 2020 veranstaltete das BHIDAPA-Zentrum in Saravejo eine von UNICEF gesponserte Konferenz mit dem Titel «Here and Now: Achieving Mental Health and Psychosocial Wellbeing, Second International Congress of Child and Adolescent Psychotherapy (Bosnia and Herzegovina)». Gemeinsam mit Mirela Badurina arbeitete die Autorin mit Tea Martinović, Sabina Zijadić-Husić und Senka Cimpio zusammen. Badurina hatte auch die JFN-Kollegen Jon Blend aus dem Vereinigten Königreich und Giandomenico Bagatin aus Italien als Redner eingeladen. Blend vermittelte Musik, Poesie und seinen eigenen Gesang über Zoom. Die Konferenzteilnehmenden wohnten seinem Interview mit der Autorin über die JFN-Calls bei.

Bei einem Call im nächsten Monat sagte Zorica Topalovic aus Kroatien: «Mein Traum ist es, dieses Modell mit Menschen aus meinem Land in meiner Sprache zu unterrichten.» Die Autorin antwortete: «Ich habe gerade mit Vesna Hercigonja Novkovic aus Kroatien gesprochen», woraufhin sie antwortete: «Das ist mein Institut!» Kurz darauf schulte die Autorin ihre Gruppe. Im JFN-Call im Februar 2021 berichteten Bernadine Anderson aus Kenia, Hamida Ahmed und Sylvia Guerra aus Italien sowie Erica Rothblum aus den USA über die Auswirkungen der Pandemie auf Schulkinder.

Im Mai 2021 fand die erste VSOFF-Konferenz statt. Die Präsentationen dauerten drei Tage und liefen 24 Stunden am Tag, um den unterschiedlichen Zeitzonen Rechnung zu tragen. Die Hälfte der 38 Redner*innen kam von ausserhalb der USA; die meisten waren über JFN-Calls eingeladen worden. Zum Abschluss der Konferenz gab es für alle einen berührenden JFN-Call: Kurz vor Beginn der Pandemie meldete sich Wendy Esterhuysen aus dem Vereinigten Königreich und erzählte, dass sie 21 Jahre zuvor an einer Konferenz in Südafrika teilgenommen hatte, auf der Oaklander Workshops leitete. Sie stellte den Kontakt zwischen der Autorin und den Organisatoren her, sodass die Community Oaklander wieder mit den Workshop-Teilnehmenden zusammenbringen konnte. Unter ihnen waren auch ihre Gastgeber, Hannie Schoeman und Retha Bloem, deren Geschichte über Oaklanders Interaktion mit ihrem damals dreijährigen Kind auf YouTube hochgeladen wurde. Der Oaklander-Stipendiat Peter Mortola, der ebenfalls an der Konferenz teilnahm, präsentierte Fotos und Erkenntnisse über ihre Zusammenarbeit. Florence Mueni aus Kenia winkte mit ihrer abgenutzten *Windows*-Ausgabe (ebenso wie Daria Bocharova aus Moskau und Giandomenico Bagatin aus Italien) zum Dank. Nach Oaklanders Tod vier Monate später versammelten sich über 100 Kolleg*innen weltweit, um sie virtuell zu ehren.

Dieser therapeutische Bereich reagierte oft auf die psychischen Auswirkungen politischer Konflikte. Im September 2022 boten Mzika Dalakishvili und Magda Machavariani aus Tblisi, Georgien, Leiterinnen von «Gestalt Play Therapy Georgia», eine 70-stündige Schulung über mehrere Wochenenden an, bei der die Autorin und andere VSOFF-Teilnehmende referierten. Anfang des nächsten Monats berichtete Catherine Pestano, eine Sozialarbei-

Use Oaklander Gestalt Play Therapy in practice with children, adolescents or families?	# Respondents	% Respondents	Used which online tools since March 2020 for research? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents
Yes	87	95.60%	Onlinesandtray.com	15	16.48%
No	4	4.40%	Onlinepuppets.org	6	6.59%
			Onlinedollhouses.com	5	5.49%
If so, with what percentage of practice?	# Respondents	% Respondents	Projective Cards on Oaklandertraining.org	13	14.29%
1% - 10%	5	5.75%	Mindfuldraw.com	2	2.20%
11% - 25%	11	12.64%	I didn't use online play therapy tools for research purposes.	71	78.02%
26% - 50%	16	18.39%	Other	3	3.30%
51% - 75%	21	24.14%			
76% - 99%	21	24.14%			
100%	13	14.94%			
Use other methods of therapy with same? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	How likely to continue using online play therapy tools virtually in work with children, adolescents or families? (1 Not at all-5 Extremely Likely)	# Respondents	% Respondents
CBT	21	31.34%	1	4	5.56%
Parent-child interaction therapy	7	10.45%	2	8	11.11%
Child-centered play therapy	35	52.24%	3	6	8.33%
Cognitive behavioral therapy	13	19.40%	4	14	19.44%
Dialectical behavior therapy	9	13.43%	5	40	55.56%
Applied behavioral analysis	3	4.48%			
Play therapy	36	53.73%	How likely to continue using online play therapy tools in person in work with same? (1 Not at all-5 Extremely Likely)	# Respondents	% Respondents
Group therapy	15	22.39%	1	7	9.72%
Family therapy	33	49.25%	2	14	19.44%
Other	30	44.78%	3	18	25.00%
			4	9	12.50%
			5	24	33.33%
Used which online tools since March 2020 with same? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	Currently working how and where with same?	# Respondents	% Respondents
Onlinesandtray.com	63	69.23%	Hybrid (Online & In-Person)	52	57.14%
Onlinepuppets.org	35	38.46%	In-Person	33	36.26%
Onlinedollhouses.com	42	46.15%	Online/Virtually	5	5.49%
Projective Cards on Oaklandertraining.org	59	64.84%	Other	1	1.10%
Mindfuldraw.com	17	18.68%			
I don't use online play therapy tools in my therapy work	20	21.98%	Participated in any Just for Now calls since March 2020?	# Respondents	% Respondents
Other	10	10.99%	Yes	56	61.54%
			No	35	38.46%
If any used since March 2020, how has access to online play therapy tools enabled you to continue your work with same? (1 No impact-5 Able to work as usual online)	# Respondents	% Respondents	If so, how helpful have you found them? (1 Not at all-5 Extremely Helpful)	# Respondents	% Respondents
1	2	2.78%	1	0	0.00%
2	2	2.78%	2	1	1.75%
3	18	25.00%	3	2	3.51%
4	26	36.11%	4	15	26.32%
5	24	33.33%	5	39	68.42%
Used which online tools since March 2020 for teaching the principles of therapy? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	Participated in Oaklander Model/Gestalt Play Therapy training since March 2020?	# Respondents	% Respondents
Onlinesandtray.com	46	50.55%	Yes	68	75.56%
Onlinepuppets.org	24	26.37%	No	22	24.44%
Onlinedollhouses.com	27	29.67%			
Projective Cards on Oaklandertraining.org	37	40.66%	If so, how helpful was it for work with children, adolescents or families? (1 Not at all-5 Extremely Helpful)	# Respondents	% Respondents
Mindfuldraw.com	10	10.99%	1	2	2.99%
I didn't use online play therapy tools for teaching the principles of therapy	38	41.76%	2	0	0.00%
Other	6	6.59%	3	1	1.49%
			4	11	16.42%
			5	53	79.10%

Abb. 6: Zusammengefasste Umfrage

terin im Vereinigten Königreich, über die Auswirkungen des Krieges in der Ukraine auf Geflüchtete und wie sie ihnen hilft. Nataliya Bulatevich aus der Ukraine, die seit Kriegsbeginn an den JFN-Calls teilnahm, hatte gerade noch genug Zeit, die besten Wünsche der Teilnehmenden entgegenzunehmen, bevor in Kiew der Strom ausfiel. Im Herbst 2022 begann die Autorin mit der kostenlosen Supervision von 30 ukrainischen Therapeut*innen – die Hälfte von ihnen nur per Telefon –, deren ergreifende Fragen den Umgang mit der Trauer und dem Trauma ihrer Klient*innen betrafen, während sie selbst über ihre Gefühle sprachen. Regelmässige Umfragen bis Herbst 2022 massen die Bemühungen der JFN-Teilnehmenden: 12,62 % der Befragten in den Nachbarländern arbeiteten mit Geflüchteten oder bereiteten sich darauf vor; 24,27 % halfen aus der Ferne; und 61,17 % hatten dies vor (Abb. 5).⁴

Die kommenden Konferenzen werden denselben freien Zugang und die lokale Ansprechbarkeit beibehalten. Von Januar bis September 2023 werden sich monatlich spanischsprachige Praktiker*innen in Argentinien, Bolivien, Chile, Guatemala, Mexiko, Peru und Spanien zu einer

4 Ebd.

70-stündigen Schulung im Oaklander-Modell treffen. Die Autorin wird auf der 15. Play Therapy Conference in Mexiko im Mai 2023 eine Keynote halten und einen Workshop leiten. Die VSOE-Konferenz, die vom 2. bis 4. Juni 2023 stattfindet, ist als hybride Remote-/Präsenzveranstaltung geplant: Gestaffelte Zoom-Präsentationen werden den Zeitzonen angepasst und entsprechend der Satellitenstandorte werden den Teilnehmenden persönliche Treffen angeboten. So werden bspw. Laura Urquiza und Soledad Pauletti aus Argentinien, die sich über JFN-Calls kennengelernt haben, gemeinsam eine Präsenzveranstaltung ausrichten. Am letzten Tag wird jeder Satellitenstandort in einem JFN-Call über seine Veranstaltungen berichten.

Abstimmungen, Analysen und Umfragen: Nachhaltige digitale Therapie

Drei Instrumente untersuchten die Nachhaltigkeit der virtuellen Oaklander-Tools, der Schulungen und des Kollektivs, das sie einsetzt.⁵ Regelmässige Umfragen unter den

5 Ebd.

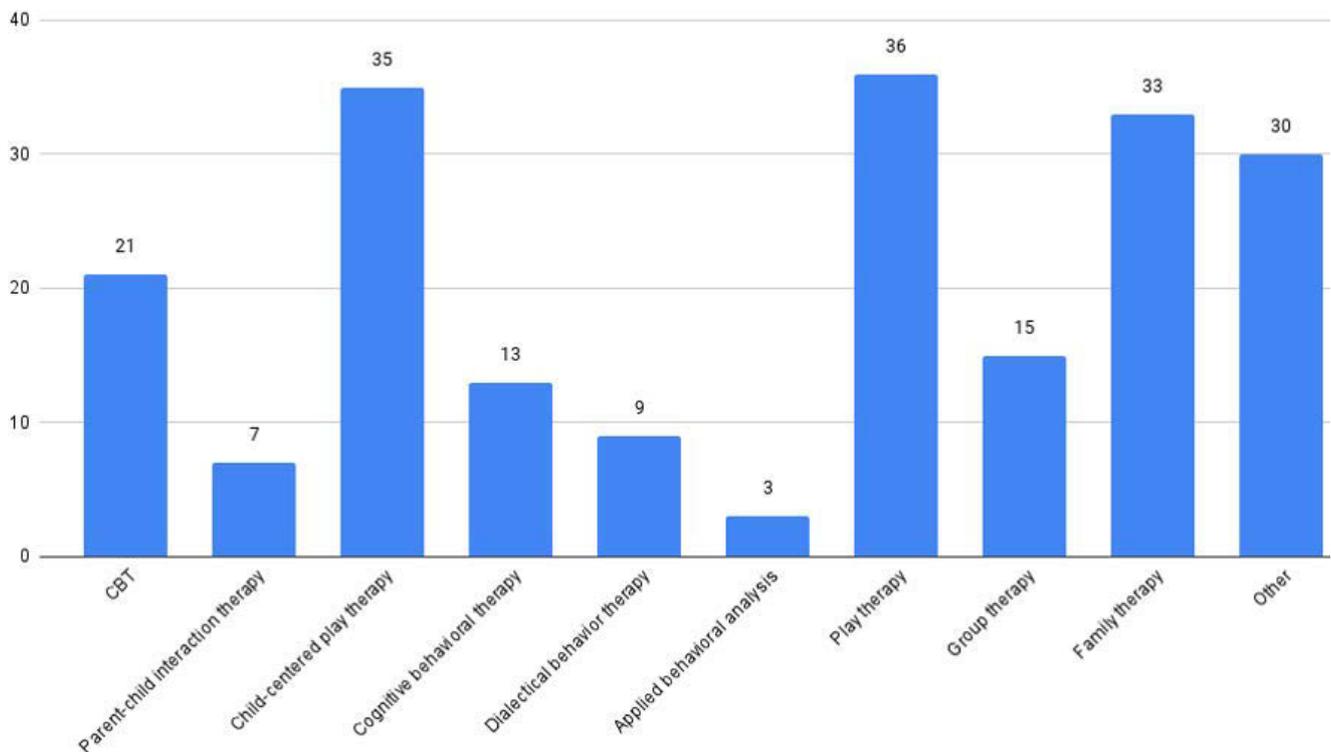


Abb. 7: Ergänzende Therapien

JFN-Teilnehmenden verfolgten ihr Wachstum von Mai 2020 bis Oktober 2022. In der ersten Jahreshälfte 2022 beabsichtigten 86,27 % der Befragten, nach COVID-19 weiter telemedizinische Instrumente zu nutzen – mehr als die 82,23 % der Befragten, die bereits im April 2021 ganz oder teilweise remote arbeiteten –, was bedeutet, dass sie über die Notwendigkeit der Pandemie hinaus einen Wert der Telemedizin erwarten. Tatsächlich nutzten im Oktober 2022 51,35 % der Befragten Online-Tools, obwohl die Umfragen seit Februar 2022 zeigten, dass 65 % nur wenige COVID-19-Einschränkungen hatten. Die monatliche Analyse der Websites im Januar 2023 ergab 32.310 Besucher*innen aus 114 Ländern: 24.590 auf Sandtray, 4.840 auf Dollhouse und 2.880 auf Puppets.

Die Umfragedaten vom Januar 2023 (zusammengefasst in Abb. 6)⁶ sprechen für die Zukunft der Oaklander-Tools, des Lernens und der Zusammenarbeit auf der Grundlage ihrer Anwendbarkeit in Therapie, Lehre und Forschung, der Durchführbarkeit sowohl in der Fern- als auch in der Präsenzarbeit und des Beitrags zur klinischen Expertise.

Von den 91 Befragten aus 30 Ländern wenden 95,6 % das Oaklander-Modell mit Kindern, Jugendlichen oder Familien an – fast 50 % bei etwa der Hälfte bis fast allen Klienten. Abb. 7 zeigt jedoch, wie viele von ihnen auch Varianten des Spiels, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Familientherapie, der dialektischen Verhaltenstherapie, der Gruppentherapie und der Eltern-Kind-Interaktion anwenden, was die Flexibilität des Modells unterstreicht.

Seit März 2020 haben fast 70 % der Befragten mit dem Sandkasten und den Therapiekarten geübt, gefolgt von

Tools für das Puppenhaus, den Puppen und das achtsame Zeichnen; weniger als ein Viertel nutzte keine der Tools. Fast 70 % gaben an, dass sie mit diesen Tools genau oder fast genauso arbeiten wie vor COVID-19. Von den Befragten, die diese Tools verwendeten, stuften 75 % es als extrem oder sehr wahrscheinlich ein, dass sie dies auch weiterhin virtuell tun würden, und fast 46 % stuften es als extrem oder sehr wahrscheinlich ein, dass sie sie persönlich verwenden würden – ein Lackmuestest für ihre Funktionalität nach COVID-19 (Abb. 8).

Die über 50 % der Befragten, die mit den Tools unterrichten, setzten am häufigsten den Sandkasten und die projektiven Karten ein. Die unter 20 %, die sie in der Forschung einsetzen, bevorzugten dasselbe, obwohl etwa 81 % keine Tools verwendeten.

Ebenfalls seit März 2020 haben 61,54 % der Befragten an JFN-Calls teilgenommen, von denen 94,73 % sie als sehr oder äusserst nützlich empfanden. Im gleichen Zeitraum nahmen fast 76 % an einer Oaklander-/Gestalttherapie-Schulung teil, von denen 95,52 % sie als sehr oder äusserst nützlich bewerteten. Kurz gesagt, die Abstimmungen, die Website-Analysen und die Umfragen deuten darauf hin, dass die Instrumente des Oaklander-Telemodells, die Schulungen und die Zusammenarbeit sich im Bereich der Therapie von Kindern, Jugendlichen und Familien fest etabliert haben.

Maximierung der Ergebnisse von virtuellen Interventionen

Die Community hat gelernt, dass eine gewisse Anpassung an ein persönliches Format und die Bereitschaft, die spe-

6 Vollständig: ebd.

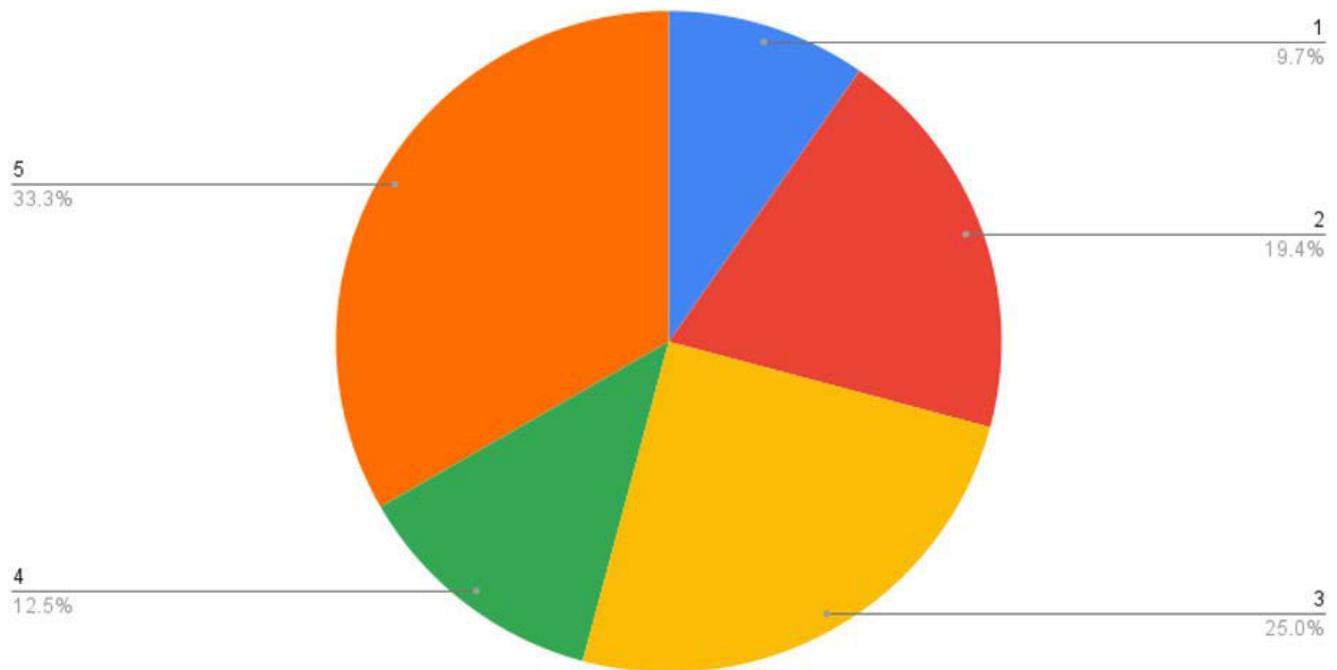


Abb. 8: Geplante Nutzung des Online-Tools nach COVID-19 (1: unwahrscheinlich – 5: extrem wahrscheinlich)

zifischen Fähigkeiten der virtuellen Therapie zu nutzen, eine erfolgreiche Behandlung während und nach dem Lockdown erleichtert:

Technologische Anforderungen: Mit Ausnahme von *mindfuldraw.com*, für das lediglich ein Videokonferenzgerät erforderlich ist, benötigen alle von der Autorin entwickelten Websites einen Desktop-Computer, den Klient*innen und Therapeut*innen nutzen, teilen und etwas darauf speichern können. Klient*innen benötigen ein mobiles Gerät, um Therapeut*innen einen «Wohnungsrundgang» oder Echtzeitaufnahmen von Personen, Gegenständen und Haustieren zu schicken. Solche Informationen und Affekte können zwar auch allein durch Fragen der Therapeut*innen hervorgerufen und vermittelt werden (s. Bsp. unten), aber die Anwesenheit der Klient*innen zu Hause hilft, diesen Vorteil der Teletherapie zu erreichen.

Vorabprüfung der Seiten: Jede Seite bietet Anleitungen für die vielen Bilder und Aktionen, die Therapeut*innen vor dem Anbieten der Aktivität prüfen sollten.

Aufzeichnen: Therapeut*innen können ganze Sitzungen oder Screenshots von einer beliebigen Anzahl von Klient*innen und Geräten sicher aufzeichnen und speichern, um sie zu teilen oder zu überprüfen.

Klient*innen vorbereiten: Mithilfe der Eltern oder der Betreuungsperson sollten Therapeut*innen Vorbereitungsrituale festlegen, um die Übergänge, die normalerweise bei persönlichen Sitzungen erfolgen (Autofahrt, im Warteraum sitzen) zu ersetzen: Snack, Toilettenpause, einen Stuhl oder Kissen vorbereiten, den Computer einschalten (Smith et al., 2021). Haushaltsmitglieder sollten das Bedürfnis der Klient*innen nach Privatsphäre respektieren, auch wenn sie ganz oder teilweise an einer Sitzung teilnehmen.

Zeitplan: Die virtuelle Therapie im Zeitalter der «Zoom-Müdigkeit» kann die Beurteilung und Aufrecht-

erhaltung der Konzentration der Klient*innen erschweren. Therapeut*innen sollten eine Auswahl an Aktivitäten vorbereiten, falls die Aufmerksamkeit der Klient*innen oder die Toleranz für anspruchsvolle Arbeit nachlässt.

Einbeziehung des Zuhauses der Klient*innen: Wie bereits erwähnt kann bei der Teletherapie das Zuhause der Klient*innen selbst eine Rolle spielen. Mit jedem videokonferenzfähigen Gerät können diese einen «Wohnungsrundgang» senden oder Therapeut*innen Haustiere, Haushaltsmitglieder und Gegenstände vorstellen. Aber auch ohne solche Geräte können jene die Qualitäten der Wohnung beobachten und erfragen, indem sie Klient*innen ermutigen, ihre Sinne, Handlungen, Geräusche und Worte zu nutzen, um die Qualitäten der Wohnung wahrzunehmen und zu beschreiben:

- «Was sind die häufigsten Geräusche in Ihrem Zuhause? Welches sind Ihre Lieblingsgeräusche? Was mögen Sie am wenigsten?»
 - Klient*innen können diese Geräusche beschreiben, aufschreiben oder selbst erzeugen, z. B. einen bellenden Hund, schreiende Geschwister, Verkehr, Musik oder die Zubereitung von Speisen.
 - Gehen Sie auf die Antworten ein: «Sind die Geräusche laut? Ruhig? Musikalisch? Gedämpft? Beruhigend? Beunruhigend?»
- «Was sind die häufigsten Anblicke in Ihrem Zuhause? Was sind Ihre liebsten Anblicke? Welche mögen Sie am wenigsten?»
- «Was ist Ihr Lieblingsort im Haus? Welchen mögen Sie am wenigsten?»
 - Klient*innen können Therapeut*innen auf einen Rundgang zu ihren am meisten bzw. am wenigsten gemochten Orten mitnehmen oder sie für diese zeichnen.

- Fördern Sie die gesprochene oder geschriebene Sprache: «Ist dieser Ort warm? Kühl? Ruhig? Privat? Geteilt? Klein? Gross? Gemütlich? Aufregend?»

Therapeut*innen können auch nach allen Gegenständen und Erfahrungen in der Wohnung fragen, die durch Berührung, Geruch und Geschmack charakterisiert werden können

Kontraindikationen

Unter der Voraussetzung, dass Klient*innen Zugang zu einer grundlegenden Technologie haben, besteht die Hauptkontraindikation für die interaktive Online-Spieltherapie, wie Smith et al. (2021) anmerken, darin, dass Kinder in einem unsicheren Haushalt leben. Die Autorin dehnt dies auf Kinder in konfliktreichen, aber nicht missbräuchlichen Situationen, auf Klient*innen jeden Alters und auf jede Teletherapie zu Hause aus.

Extremer Widerstand von Klient*innen oder Familien gegen das virtuelle Spiel als «kindisch» oder «Zoom-Müdigkeit» bedrohen die Wirksamkeit der Therapie, aber eine enthusiastische Präsentation der Interventionen durch Therapeut*innen überwindet dies normalerweise.

Fazit

Anhaltende Vorteile von Teleschulungen und Telebehandlungen

Wie aus wiederholten Abstimmungen, aktualisierten Website-Analysen und einer kürzlich durchgeführten Umfrage hervorgeht, hat die Nutzung der Technologie durch Therapeut*innen zur Verbindung mit Klient*innen und Kolleg*innen während des Lockdowns die Bedrohung durch Isolation und soziale Ungleichheit überwunden und überdauert. Fachleute, Auszubildende, Jugendliche und Familien profitierten und profitieren weiterhin von den integrativen Techniken und der Partnerschaft, die die Therapeut*innen kultivierten. Denn die spezifischen Vorteile der virtuellen Schulungen und Behandlungen haben die Pandemie überdauert und sind auch heute noch aktuell. Kostenfreie, nahezu universell zugängliche Schulungen und die Zusammenarbeit zwischen Praktiker*innen, Auszubildende und Forschende haben zugenommen und versprechen, das Wissen über die Behandlung von Kindern und Familien weiter zu vergrössern. Therapeut*innen können trotz Entfernung, Armut und in gewisser Masse auch politischer Unruhen Behandlungen anbieten, sodass Klient*innen daran teilnehmen können. Es ist bekannt, dass eine solche Verfügbarkeit die Anwesenheit der Klient*innen begünstigt und somit die Ergebnisse verbessert (Smith et al., 2021).

Neben der geografischen und finanziellen Zugänglichkeit einer Telebehandlungsplattform gibt es noch

weitere Kapazitäten von bleibendem Wert. An erster Stelle steht die Fähigkeit, eine beliebige Anzahl von Sitzungen und Text- oder visuellen Kreationen (auch von mehreren Klient*innen von verschiedenen Geräten aus) zu teilen und zu speichern, was Therapeut*innen und Klient*innen beim Besprechen einer sich entwickelnden Szene, einer Reihe von Szenen oder von Szenen verschiedener Teilnehmender hilft (Bolton et al., 2021). Neben dieser Moment-zu-Moment-Aufzeichnung und der Aufzeichnung durch mehrere Beteiligte ermöglicht die Telearbeit Therapeut*innen, die Wohnung der Klient*innen als Element – fast als Figur – in der Bewertung und Behandlung zu erleben (Smith et al., 2021; s. Beispielintervention unten), ebenso wie die Haushaltsmitglieder, Haustiere und persönlichen Gegenstände der Klient*innen. Ein weiterer Vorteil ist, dass die internationale Zusammenarbeit die kulturelle Sensibilität der Therapeut*innen erhöht hat. So erfuhren die JFN-Teilnehmenden bspw., dass manche Puppenhausbauer*innen Grasdächer anstatt die europäischen Schindeldächer bauen und in Familienkonstellationen leben, mit denen Westler*innen nicht vertraut sind – Erkenntnisse, die für die Entwicklung von Behandlungen entscheidend sind und die für alle in diesem sich ständig öffnenden Kreis umsetzbar sind. Schliesslich trägt die Teletherapie nicht nur zur Schonung des Budgets der Familien und der Therapeut*innen bei: Indem physische Objekte durch von den Klient*innen ausgewählte und bearbeitete Bilder ersetzt werden, um Szenen zu spielen, erfordert das Telespiel keine Autofahrten zu Therapeut*innen und zurück, keine Anmietung von Büroräumen, keinen Kauf von Verbrauchsmaterialien und keine Lagerung von Werken und Aufzeichnungen und schont so die Umwelt.

Digitalisierte Erweiterung des Oaklander-Modells

Die durch die Pandemie hervorgerufene soziale Isolation drohte die Beziehungen zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen sowie zwischen Ausbilder*innen und Studierenden aufzulösen – insbesondere jene, die auf dem individuellen, kreativen, klientenorientierten und beziehungsorientierten Ansatz von Oaklander basieren. Durch die Entwicklung von Online-Supervision, Online-Schulungen und Online-Tools, die diesem Modell entsprechen, wurden Lernende, Praktiker*innen und Klient*innen, die durch Lockdown, Geografie, Armut oder Krieg getrennt waren, zusammengeführt. Auf diese Weise wurde das Wissen der Kliniker*innen vertieft, sie wurden eingeladen, das Zuhause ihrer Klient*innen, ihre Haushaltsmitglieder, ihre Haustiere und ihre persönlichen Gegenstände kennenzulernen, und ihre Worte und Kreationen wurden aufgezeichnet. Es hat sich gezeigt, dass Teleschulungs- und -behandlungsformate nicht nur ihre ursprüngliche Wirkung beibehalten, sondern diese sogar noch erweitern. Diese Ausweitung bestätigte die Wirksamkeit des Modells von Violet Oaklander auch auf virtuellem Wege und erweiterte den Zugang der Klient*innen

zu den Vorteilen der Telespieltherapie und den Zugang der Therapeut*innen zu Schulungen und Beratung – und das alles unabhängig von geografischen und finanziellen Hindernissen für klassische Sitzungen und Studien. Dieser Silberstreif am COVID-19-Himmel brachte Kindern und Familien an mehr Orten und in mehr sozialen Schichten als je zuvor erfolgreiche Ergebnisse und liess einen weltweiten Kooperationskreis von Therapeut*innen, die nach dem Oaklander-Modell arbeiten, wachsen. Dieses Team lernte, Teilnehmende und Klient*innen aus der Ferne auf einzigartige Weise zugänglich, dokumentierbar, kultursensibel, individuell und nachhaltig zu unterstützen, was Therapeut*innen auch nach dem Auslaufen von COVID-19 sowohl aus der Ferne als auch vor Ort weiterhin nutzen können und sollten. Die virtuelle Schulung in den Online-Spieltechniken von Oaklander bleibt als Grundlage für die zweifache Errungenschaft dieses Netzwerks bestehen: eine globale Gemeinschaft von Heiler*innen und eine globale Ausweitung der Heilung. Diese Errungenschaft hat sich sowohl in als auch nach der Pandemie als wertvoll und lebensfähig erwiesen.

Literatur

Beel, N. (2021). COVID-19's nudge to modernise: An opportunity to reconsider telehealth and counselling placements. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 1–17. https://www.academia.edu/50972086/COVID_19_s_nudge_to_modernise_An_opportunity_to_reconsider_telehealth_and_counselling_placements

Bernier, M. (2005). Introduction to Puppetry in Therapy. In M. Bernier & J. O'Hare (Hg.), *Puppetry in education and therapy: Unlocking doors to the mind and heart* (pp. 127–134). Authorhouse.

Bolton, C., Thompson, H., Spring, J.A. & Frick, M.H. (2021). Innovative Play-Based Strategies for Teletherapy, *Journal of Creativity in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/15401383.2021.2011814>

Bratton, S., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.

Carroll, F. (Hg.). (2015). *International Gestalt Journal*, 32(2).

Courtney, J. (2008). *The perfect dollhouse*. *Play Therapy Magazine*, 3(2). http://www.janetcourtneyphd.com/about_play_therapy.htm

Fried, K. (2020a). Just for Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis: The Full Nest: Working with Adolescents. https://www.vsof.org/fm_articles.html

Fried, K. (2020b). Just For Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis. https://www.vsof.org/fm_articles.html

Fried, K. (2020c) Just for Now Videoconferences [YouTube-Videos]. Oaklander YouTube Channel. <https://www.oaklandertraining.org>

Fried, K. (2021). When «Just for Now» Meets the Future: A Case Study Using the Oaklander Model to Transition from the Pandemic. https://www.vsof.org/fm_articles.html

Fried, K. & McKenna, C. (2020). *Healing Through Play Using the Oaklander Model: A Guidebook for Therapists and Counselors Working with Children, Adolescents and Families*. o.V.

Gil, E. (1991). *The healing power of play*. Guilford Press.

Klem, P. (1992). The use of the dollhouse as an effective disclosure technique. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 69–73. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc2636/m2/1/high_res_d/Dissertation.pdf

Mortola, P. (2001). Sharing disequilibrium: A link between Gestalt therapy theory and child development theory. *Gestalt Review*, 5(1), 45–56.

Mortola, P. (2006). *Windowframes: Learning the art of Gestalt play therapy the Oaklander way*. Gestalt Press.

Oaklander, V. (1978). *Windows to our children: A Gestalt Therapy approach to children and adolescents*. Real People Press.

Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 45–55.

Sampaio, M., Navarro-Haro, M.V, De Sousa, B., Vieira Melo, W. & Hoffman, H.G. (2020). Therapists Make the Switch to Telepsychology to Safely Continue Treating Their Patients During the COVID-19 Pandemic. Virtual Reality Telepsychology May Be Next. *Front. Virtual Real*, 1. <https://doi.org/10.3389/frvir.2020.576421>

Smith, T., Norton, A.M. & Marroquin, L. (2021). Virtual family play therapy: A clinician's guide to using directed family play therapy in telemental health. *Contemporary Family Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09612-7>

Strauch, V.R.F. (2021). Online psychodrama with children and the psychodramatic sandplay method. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(2), 99–106.

Swan, A., Yee, T., Wolfram, C., Cameron, A. & Elder, H. (2022). Transforming Graduate Play Therapy Instruction to Virtual Learning During COVID-19. *International Journal of Play Therapy*, 31(4), 228–236. <https://doi.org/10.1037/pla0000183>

Wheeler, G. & McConville, M. (Hg.). (2002). *The heart of development: Gestalt approaches to working with children: Adolescents and their worlds* (Vol. 1: Childhood). Gestalt Press.

Durante la pandemia il modello di Oaklander ha fatto nascere una comunità globale di terapeuti e ha arricchito la formazione e il trattamento

Riassunto: L'isolamento sociale causato dalla diffusione del COVID-19 ha minacciato il contatto tra psicoterapeuti e clienti e tra formatori e studenti, in particolare nell'ambito della terapia per bambini e adolescenti. Per reagire a questa situazione l'autrice di questo articolo ha sviluppato degli strumenti online interattivi e gratuiti per la terapia del gioco sulla base del modello di Oaklander (vaschetta di sabbia, pupazzi, casa delle bambole, schede terapeutiche, disegno consapevole) sostituendo quelli originali con schede illustrate che i clienti potevano scegliere, posizionare, spostare, ingrandire o rimpicciolire. In questo modo essi venivano spinti a giocare e parlare e a mettere in scena accadimenti reali. L'autrice ha organizzato anche teleconferenze per corsi di formazione e supervisioni. Questi interventi e corsi di formazione digitali hanno consentito a terapeuti di circa 30 Paesi diversi di collaborare per fornire supporto ai bambini da remoto. Grazie a questa nuova versione tecnologica delle tecniche di gioco e dei corsi di formazione hanno potuto mantenere e addirittura ampliare le loro capacità e la portata dei loro interventi, come dimostrato dall'efficacia universale e sempre attuale degli interventi e dall'approccio del metodo Oaklander e la sua possibilità d'impiego sulle piattaforme virtuali. Anche l'accesso dei clienti alla terapia e dei terapeuti ai corsi di aggiornamento clinici sono migliorati, indipendentemente dalla loro sede e situazione finanziaria. Infine sono risultati evidenti i vantaggi della terapia del gioco e dei corsi di formazione a distanza, come la possibilità di registrare le sedute o le fasi di creazione dei clienti, anche da dispositivi separati; l'inclusione dell'appartamento dei clienti, degli altri componenti del nucleo familiare, degli animali domestici e degli oggetti significativi per la valutazione e lo studio;

una maggiore sostenibilità ecologica 'grazie alla rinuncia ai mezzi di trasporto, l'affitto degli uffici, l'uso di materiali artistici fisici con relativo stoccaggio; e la creazione di una comunità terapeutica internazionale che condivide le proprie conoscenze. Coordinamenti a cadenza regolare, analisi aggiornate dei siti web e un sondaggio formale concluso da poco mostrano come queste tecniche e conquiste non solo abbiano consentito di superare i vari lockdown, le distanze, i problemi finanziari e addirittura i conflitti, ma siano anche cresciute e si siano ulteriormente sviluppate. Le possibilità che si aprono per le terapie, l'apprendimento e la collaborazione digitale sono in aumento, sia online sia offline, a conferma del doppio ruolo di questa rete che è in grado di dare vita a una comunità globale di professionisti delle cure e a una diffusione globale della cura stessa.

Parole chiave: Terapia online post-pandemia, modello di Violet Oaklander online, terapia del gioco online, terapia del gioco online interattiva

Die Autorin

Karen Fried, Psy.D., M.F.T. ist eine zugelassene Ehe- und Familientherapeutin und pädagogischen Therapeutin in Santa Monica, Kalifornien. Sie hat einen PsyD- und Master-Abschluss in klinischer Psychologie und in Psychologie der menschlichen Entwicklung sowie eine Zertifizierung in pädagogischer Therapie. Sie hat eine eigene Praxis für Psychotherapie und ist Mitleiterin des K&M Centers, das Bildungs- und Nachhilfedienste für Schüler*innen von der Vorschule bis zum College anbietet. In ihrer Praxis wendet sie das Oaklander-Modell der Kindertherapie an und ist Präsidentin der Violet Solomon Oaklander Foundation. Sie schult und supervisiert Therapeut*innen für Kinder und Jugendliche nach diesem Modell in den USA und international.

Kontakt

karen@karenfried.com
www.oaklandertraining.org
www.vsof.org

How the Oaklander Model sparked a Global Community of Therapists in a Pandemic, and enriched Training and Treatment

Karen Fried

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 59–69

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-59>

Abstract: Social isolation caused by COVID threatened psychotherapist-client and instructor-learner contact especially in the child therapy field. In response, the author devised free online Oaklander Model interactive play therapy tools (Sandtray, Puppets, Dollhouse, Projective Cards, Mindfuldraw) which replace their hands-on originals with tabs of images clients choose, place, move, enlarge or shrink, and make act and speak to orchestrate scenes. The author also conducted teleconference training and supervision in their use. Both the digital interventions and instruction continue to attract therapists from some 30 countries, who collaborate to support children from afar. The technological recasting of play techniques and teaching proved to retain and even expand their powers along with their reach. Such expansion confirmed the universal, timeless efficacy of Oaklander's interventions and approach, and their applicability to virtual platforms. It also increased client access to therapy and therapist access to clinical education, regardless of location and finances. Finally, it revealed advantages of remote play therapy and training: recording sessions or stages of client creations, including from separate devices; shot sharing of clients' home, household members, pets and meaningful objects for assessment and exploration; environmental sustainability of foregoing transportation, office rental, physical art materials and storage; and construction of an international therapeutic community sharing their knowledge. Periodic polling, current website analytics and a recent formal survey show these techniques and gains have outlasted and outgrown lockdown despite distance, financial hardship and, sometimes, war. Digital therapy, learning and collaboration endure and expand both online and live as the foundation of this network's dual achievement: a global community of healers and a global extension of healing.

Keywords: Post-Pandemic teletherapy, online Violet Oaklander Model, online play therapy, interactive play teletherapy

The isolation COVID-19 initially imposed between child psychotherapists and clients and between supervisors and trainees threatened all aspects of care. In response, development of digitized Oaklander Model interventions, supervision and teaching introduced tools and therapeutic community which have outlived the lockdown. They confirmed the efficacy and applicability of Gestalt play therapy to virtual modes of treatment and to practitioner education and collaboration. As well, they demonstrated specific benefits distance work offers clients and therapists, including access irrespective of location and resources. With modifications to in-person sessions and training, a digitized Oaklander Model appeared to retain and even extend its treatment power and availability and to advance the field by connecting practitioners. The experience suggests that both use of and instruction in remote interactive play therapy are and should be here to stay in both virtual and live venues. Recurrent polling, websites analytics, and an extensive survey of participants corroborate this finding.¹ And it is illustrated by the cultivation of an enduring global network of Oaklander

Model therapists and by outcomes for clients they helped in new ways and places.

Rationale for Online Oaklander Therapy

The pandemic tested the utility of Oaklander's model in a wholly novel format. Remote sessions with adults already had a footing (Smith et al., 2021) and teletherapy for marginalized families had garnered interest (Beel, 2021). But the pandemic required the transformation of Oaklander's tactile, client-led, interactive play therapy into a structure that was user-friendly for therapists unaccustomed to virtual work, of whom Sampaio et al. (2021) wrote. Concerns included whether a distance setup might weaken the interventions and whether distance teaching might flatten their fine points.

To the contrary, digitized Oaklander tools seemed to engage isolated youngsters ably (Bolton et al., 2021) and on-screen supervision and teaching let trainees and colleagues fully master their use. The model's principles; evaluative and therapeutic functions; and applicability to varied approaches, diagnoses and contexts explain its functionality on remote platforms.

¹ <https://oaklandertraining.org/s/Oaklander-Model-Online-2023-Summary-Data.pdf>.

Principles

Oaklander's model aims to empower children's sense of self and connection with supportive others by weaving Gestalt concepts and developmental theory into experiential, interpersonal interventions (Mortola, 2001). These creative – thus necessarily projective – activities let them contact their senses, emotions and thoughts, «gain a [...] sense of [...] their capabilities» and establish genuine relationships (Mortola, 2006, pp. 12–13).

Her application of Gestalt principles to the moving target of an evolving self employs playful projective exercises to illuminate emotional and behavioral issues in ways a child can grasp: Youngsters may be less verbal, and it is «easier» and «safer» to talk about difficulties through, say, puppets (Oaklander, 1978, p. 104). That safety lets them discover, express and integrate ignored polarities, or aspects of themselves. In turn, integrated internal contact brings a sense of themselves as an «I» permitting an I-Thou relationship: «If the self is weak and undefined, the boundary is fuzzy and contact suffers» (Oaklander, 2001, p. 46). Increased through therapeutic partnership, inner and outer contact lets the child regulate, and protect, the self.

Evaluative and Therapeutic Uses

Oaklander's techniques reveal and advance children's maturation levels. The first step, evaluation, hinges on client choices from well-stocked instruments which, as Mortola (2006, p. 29) quoted, «tell[] us that those images [...] touch[] something important in them». Client creations thus speak with «a symbolism that substitutes for words» (Oaklander, 1978, p. 106). Klem (1992) presented clinical evidence of dollhouse work's utility in disclosure and resolution through client-led ritualized play, while Bernier (2005) found puppets valuable in psychological and intellectual evaluation and essential in revealing and processing trauma. Despite the method's hallmark individuation, a wealth of pre- and post-treatment studies and reports of researchers and clinicians attests to its evaluative and therapeutic efficacy (Bratton et al., 2005; Carroll, 2015; Wheeler & McConville, 2002; Mortola, 2006).

Applicability

In fact, the model's evaluative and therapeutic utility seems to stem precisely from its individuation – a holistic view of the child in a specific environment, analysis of the child's developmental stage, and tailored, client-driven treatment. The publication of *Windows to Our Children* in 17 languages; *Hidden Treasure*'s release in 7 languages; and the current narrative signal its flexibility.

The model's application to a range of therapies, pathologies and contexts suggests the same. Courtney (2008) and Gil (1991) identified the dollhouse as indispensable in any child therapy. In their meta-analysis of 93 studies gauging the effect of play therapy, Bratton

et al. (2005) cited Oaklander's approach as central to the field. Oaklander's techniques, which playfully but persistently elicit youngsters' decision-making, nonverbal and verbal expression, and relationship with a trusted therapist, appear both effective and fitting in a time of collective trauma and private loneliness (Bolton et al., 2021; Strauch, 2021).

Digitizing Oaklander Interventions and Training

During lockdown, the author developed free online Oaklander Model tools² and training (Fried, 2020a, b) so the author and supervisees could continue client care. To fulfill the model's aim of exercising client choice in creating scenes, the instruments had to offer opportunities equivalent to those enabled by physical objects.

Research suggests virtual tools do permit high levels of immediacy, intensity, confidentiality, and outcome in both conscious and unconscious realms (concerning onlinesandtray.com, see Bolton et al., 2021; Strauch, 2021). They also offer multi-client access, unlimited storage of screenshots or sessions, and client choice of medium. And virtual instruments, notably the author's Sandtray, have been seen to facilitate graduate education in play therapy (Swan et al., 2022; other sand tray sites exist and charge for use).

Instructions

To retain the originals' benefits, except for Mindfuldraw these remote tools require client/s and therapist to use computers and visit the site. Clients may share their screen, accept remote control, or direct the therapist how to build a scene. First, the therapist invites client/s to browse placeable images of human, animal and fantasy figures and items – 213 figures and some 320 items in Sandtray (Fig. 2), about 220 items in Dollhouse (Fig. 3) and 32 figures in Puppets). Option buttons let clients enact scenes:

- Click on an image to *add* it to the scene.
- Click on an image, then on *Delete* to remove it.
- Click on an image and drag it to *enlarge* or *shrink* it.
- Click *Copy* to *add* any number of image duplicates.
- Click *Flip* to make a figure face the other direction.
- To place a figure in front of or in back of another, select the figure, click on *Back* or *Front* and drag to the other figure.
- Click to *Save* the scene.
- Click to *Clear* the scene.

As do the originals, remote Sandtray and Dollhouse each have one stage while Puppets offers 8 backdrops and additional action options:

- Click on one, some, or *All* puppets, then click on *Hug*, *Speak*, *Hit*, or *Jump* to make them do so.

² onlinesandtray.com; onlinedollhouses.com; onlinepuppets.org; mindfuldraw.com; Therapiekarten auf oaklandertraining.org.

As in a live venue, the therapist explores the client creation as a projection:

- Prompt client/s to *imagine* a scene.
- Ask client/s to *make* their scene.
- Ask client/s to describe their scene.
- Use projective exercises:
 - Ask them to *be* one or some of the figures and explore the figures' feelings and thoughts.
- Encourage reflection on the projection:
 - «Does the scene make sense for you?»
 - Ask if client/s would like to add or change anything in it.
 - Let client/s add, delete, move, resize images.
 - Save the scene.

Mindfuldraw

Similar to its in-person mode, the virtual sketchpad lets clients experience designing multimodally – set *Brush Stroke Width*.

- Click *Brush Color*, then click desired color.
- Click *Brush Fade* and drag to set image retention for up to 60 seconds.
- Click *Sounds* to select desired sound.
- Click *Loop* for continuous sound, or *Timed*, and desired interval.
- Click *Brush Style*, then either *Line* or *Blot*.

Projective Cards (Fig. 1; Fig. 4)

As in person, the therapist explores the card chosen out of 55 as a projection through prompts:

- How are you feeling right now? Pick a card that goes with that feeling.»
- Invite client/s to browse cards and click to enlarge one.
- Now, pick a card for how you would like to feel.»
- Can you pick a card that goes with one of the core emotions – sad, mad, glad, and scared?»
- Pick a card that represents your past ... present ... future.»

The applicability of Oaklander tools and training in them to a virtual format also held internationally, when a spring 2020 presentation the writer had set in Italy and COVID reset on Zoom spread demand for these among therapists abroad. Their interest led to one more, then another, then an ongoing series of videoconference calls and classes. This forum let therapists connect and consult across space, time and even physical ability: Violet Oaklander, in her 90s, participated despite the impact of age on her hearing, mobility and sight.

In brief, the flexibility of the remote tools and training upended the expectation that their use would be short-lived, disproving the «Just for Now» assumption which had titled the author's first article and calls on the subject (Fried, 2020b, c). Embracing virtual therapy and

courses in their own right and not as sorry substitutes for live sessions and classes has permanently enriched both: It expanded Oaklander therapists' understanding of «Now» to mean not temporary but «the present» and added the quality of «Here» meaning not nearby but «wherever the client or learner is» – an amplification of the «Here and Now» applauded by child Gestalt therapist Oaklander.

This reply to pandemic separation underscored the resilience of the client-therapist and instructor-learner connection across space, time zones, and technology. It showed a commitment to seeing and hearing others – a testimony healing and educational in itself.

A Therapeutic Response

Harnessing technology at the height of COVID, therapists the world over built a collaborative community, deepened their expertise, enhanced individual practice, and definitively recast treatment and training as freely available yet responsive to local need.

Global Community

Intended to present the «Just For Now» article in mid-March 2020, the call accomplished much more; Oaklander and participants from afar so enjoyed conversing that all were invited to reconvene the following week. On that call, mention of the author's establishing the Violet Solomon Oaklander Foundation (VSOF) to continue her work elicited an immediate request from Mirela Badurina of Bosnia and Herzegovina: The BHIDAPA Center in Sarajevo, which teaches and researches integrative psychotherapy for migrant families, wished to translate for their website the manual, *Just For Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis* (Fried, 2020b) – a resource delivered free which they still use. The second Just For Now (JFN) call let her thank Oaklander personally for *Windows* – the only book on youngsters available after the war in then-Yugoslavia.

On the calls therapists Michal Cernik in the Czech Republic and Jennifer Brury in San Francisco shared what they felt got lost in remote meetings and masking. In May 2020 this author introduced Soledad Pauletti of Argentina to two therapists in Italy, Chiara DeGale Esposti and Ornella Cavalluzzi – experts in supporting teachers' social-emotional learning to increase their availability to students – so Pauletti could do the same for teachers in Argentina. And in a May 2020 poll, 84.2 % of respondents shared with colleagues information culled from JFN calls.³

That June, racial unrest after the murders of George Floyd and Breonna Taylor drew Christina Morse to present to JFN participants «Racism in America» detailing

³ <https://oaklandertraining.org/s/Oaklander-Model-Online-2023-Summary-Data.pdf>.

her experiences as a person of color in Los Angeles. On a call soon after, Shlomy Kattan of Uruguay, now also in Los Angeles, met other therapists from his country. And the next month, Laura Saldarriaga of Colombia presented her therapeutic use of *The Little Prince*, as participants held up varied translations of the work. Her later comment wishing «Just For Now» meetings would be «just for always» proved prophetic, as one pandemic-era call resulted in 29 to date, first weekly, then monthly, now quarterly. Each drew 80 to 100 therapists from some 30 countries, teaching and learning how to heal youngsters and families despite isolation, poverty and, sometimes, war. The «Just for Now» articles and VSO manual were translated into 6 languages and guided therapists in their virtual care of children and families (Fried, 2020a, b; Fried & McKenna, 2020). Shared insights of that global community permanently reshaped individual practitioners' work, and calls still gather some 50 participants from over 20 nations.

Individual Teaching and Practice

Stemming from the JFN calls and training in remote Oaklander interventions, in the US Jackie Flynn of Florida now teaches EMDR using onlinesandtray.com; David Crenshaw in New York trains interns with that instrument; and Dana Wyss of Los Angeles employs it her online sessions. Using all the online tools the author developed, even when training live, lets learners offer them to their clients. Widening its impact, in the fall of 2020 Tammi Van Hollander in Philadelphia used onlinesandtray.com to teach Chinese play therapists via a series of Zoom events. And Laura Saldarriaga of Colombia translated and sent records (lightly edited, below) of an ongoing case referred to her by a JFN colleague in August 2021. The case exemplifies both distance and live use of these online Oaklander tools, and demonstrates their advantages.

The Case of «Gil»

«Gil», a male-identified 11-year-old 5th grader, presents as intelligent and sweet, and is of small stature and well-dressed. His speech sounds adult, with sophisticated terms describing computer programming, video games and robotics. His longstanding fears of germs (e.g., in movie theaters) and heights, and his habitual retreat from them through isolation, were exacerbated by the pandemic. While he minimized his concerns – «everything is fine» – he was the only child to wear a mask and would not attend school without one. Gil ate and slept as usual but since the pandemic wanted only to sit in his room.

The client came to therapy because his parents saw him as increasingly worried, unhappy and non-social, although he interacted politely with peers. The close-knit, supportive and very sociable family appears to treat Gil kindly and to set limits gently. Gil's father directs a tech company and Gil often accompanies him to the office and

speaks intelligently with employees. In fact, conversing with adults seems to be the client's comfort zone. Gil had had no previous therapy and it was hoped therapy would give him space to talk about his feelings. In August 2021 a JFN participant referred the case to the therapist, who employed Oaklander's approach with both live and virtual tools, shifting to remote-only instruments after Gil's family moved to Uruguay.

Despite Gil's anxieties, he was comfortable enough with the therapist to forget to wear a mask in session. Still, his underlying and current COVID fears clarified why he avoided socializing. Again, Gil himself did not see that connection, stating that he just likes solitary pastimes. So at the start of therapy the therapist asked Gil to pick a projective card that shows how he was feeling right then. He picked the Mouse (Fig. 1), which drew him to talk about the mouse's difficulty understanding friends and making new ones: «[W]hen they are talking about a topic, I get lost [...]. A little alone, the socialization part [...]. There are times when inside me I don't understand the feelings of my friends [...]. I wish to understand how to make new mouse friends.»



Fig. 1: Mouse Projective Card

Another early intervention confronted more realistic social fears, using projective puppet play to help him handle bullying boys at school. He remains proud of this victory because the boys now respect him, and often brought his puppet Banané to sessions.

Raising Gil's anxiety was his family's plan to leave Colombia and return to their native Uruguay. Gil resisted discussing this as well as his other fears and the therapist honored his resistance. Fortunately, online tools used both remotely and in person kept a sense of stability despite

the upcoming relocation. Gil visited onlinesandtray.com to represent what he liked about Colombia: «traditions, kind people, how they talk, the weather, and biodiversity.» Sharing that he wanted more about Colombia in the scene, he managed to create freehand and centrally display the Colombian flag (Fig. 2). Thus the virtual tool engaged Gil's interest in electronics to help him discover, express and relieve some grief and anxiety about leaving Colombia.



Fig. 2: Sandtray Celebrating Colombia

With the online dollhouse (Fig. 3) Gil designed his wished-for new home and life in Uruguay. He was so happy with his creation, which further reduced his relocation concerns, that he shared it with his mother, who in turn shared it with the architect planning their new residence.



Fig. 3: Dollhouse Design for Uruguay Home

In October 2022, Gil picked the Tree projective card (Fig. 4) as depicting how he was feeling: «I am a tree, I am full of possibilities, I can do more things now, I can make friends, and do anything I want, feel much better.» His card choice and interpretation show significant resolution of his anxieties even when therapeutic work had become fully remote.



Fig. 4: Tree Projective Card

On a JFN call Saldarriaga explained why she employed online instruments with Gil, as with others, even when in person: Equipped with her iPad she can practice at any locale and keep secure records of clients' evolving creations. Most important, offering online instruments in live sessions gives youngsters a developmentally crucial opportunity to choose.

International Training, Partnerships and Conferences

The therapeutic collectivity shared this and other examples of practitioners' pandemic- and post-pandemic teaching and treatment with distance Oaklander tools (Fried, 2021), and produced virtual courses, partnerships and conferences broadening its educational scope. In the US, Susan Dorn of Seattle, Oregon, started an online monthly Oaklander Model peer group, which therapists from abroad continue to join. After the March 2020 JFN meeting Giandomenico Bagatin created Gestalt Play Therapy Italia and still hosts monthly «community meetings» in Italy, often with this author's and other VSOE members' presentations. From one of the nations hit hard and early by COVID, he was among the first to describe its devastating effects on a call.

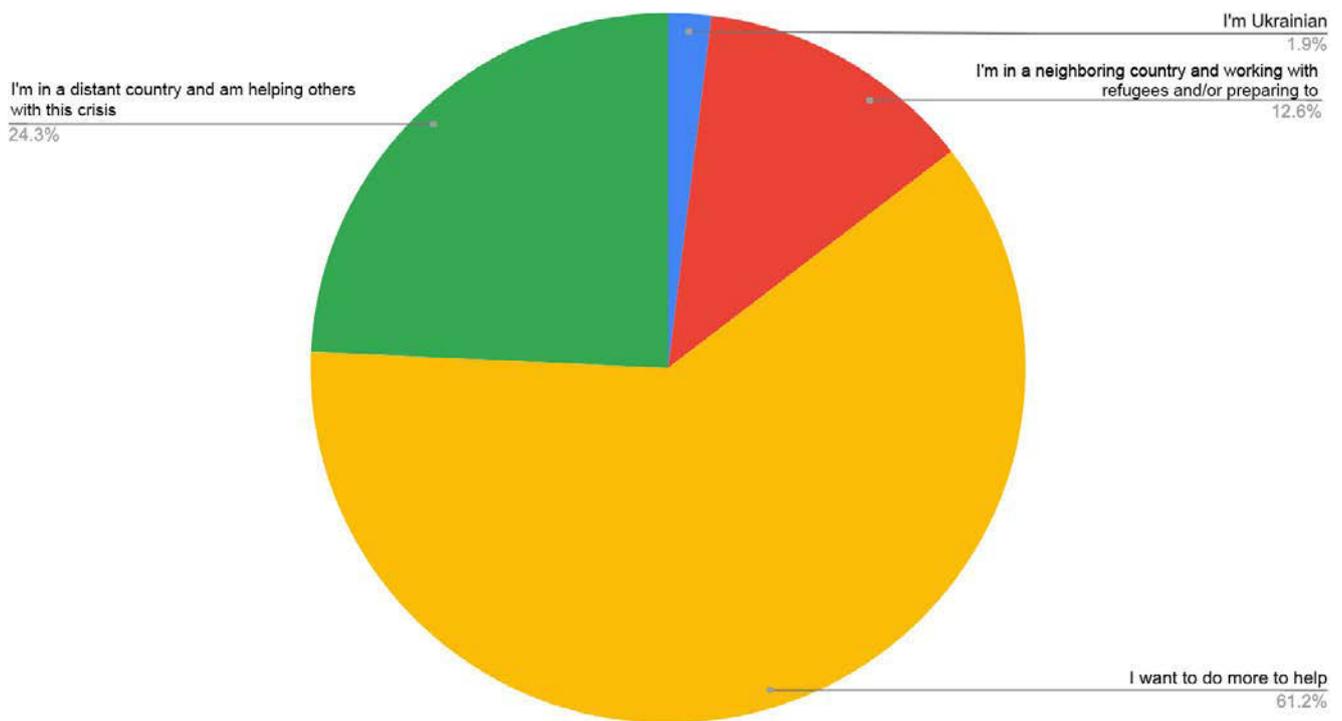


Fig. 5: Efforts for Ukraine

This writer's in-person April 2020 training in Italy, hastily rescheduled as a Zoom for Italian speakers, permitted Tzvetta Misheva-Aleksova from Bulgaria and Seema Omar from Sri Lanka to meet. They now collaborate, as Omar asked Misheva-Aleksova to teach storytelling to counselors in Sri Lanka. Misheva-Aleksova herself founded Gestalt Play Therapy Bulgaria, and sponsored a 70-hour training with practitioners, some of whom she had met on JFN calls.

In December 2020 Saravejo's BHIDAPA Center hosted a UNICEF-sponsored conference, «Here and Now: Achieving Mental Health and Psychosocial Wellbeing, Second International Congress of Child and Adolescent Psychotherapy (Bosnia and Herzegovina)». Along with Mirela Badurina, the author collaborated with Tea Martinović, Sabina Zijadić-Husić and Senka Cimpò. Badurina had also invited JFN colleagues Jon Blend from the UK, Giandomenico Bagatin from Italy to present. Blend conveyed music, poetry and his own singing over Zoom. Conference attendees shared his interview with the author about the JFN calls.

On a call the next month, Zorica Topalovic from Croatia said, «My dream is to have this model taught with people from my country, in my language». This writer responded, «I just spoke with Vesna Hercigonja Novkovic from Croatia», to which she replied, «That's my institute!» Shortly after, the author trained her group. On the February 2021 JFN call Bernadine Anderson from Kenya, Hamida Ahmed and Sylvia Guerra from Italy, and Erica Rothblum from the US reported on the pandemic's impact on schoolchildren.

May 2021 marked the first VSO conference, with presentations filling 3 days and running 24 hours a day to

accommodate varied time zones. Half of the 38 presenters came from outside the US; most had been invited through JFN calls; all were treated to a dramatic JFN call at the conference's culmination: Near the start of the pandemic Wendy Esterhuysen of the UK volunteered that she had been at a conference 21 years earlier in South Africa at which Oaklander conducted workshops. She connected this writer with its organizers, which let the community reunite Oaklander with the workshop participants. Prominent among them were her hosts, Hannie Schoeman and Retha Bloem—whose story about Oaklander's interaction with her then-3-year-old was saved to YouTube. Oaklander scholar Peter Mortola, also at that conference, presented photos and insights about their collaboration. And Florence Mueni of Kenya waved her well-worn *Windows* (as did Daria Bocharova from Moscow and Giandomenico Bagatin from Italy) in thanks. And after Oaklander's death 4 months later, over 100 colleagues worldwide convened virtually to honor her.

This therapeutic sphere often responded to the psychic damage of political conflict. In September 2022, Mzika Dalakishvili and Magda Machavariani from Tbilisi, Georgia (former Soviet Union), principals of Gestalt Play Therapy Georgia, offered a 70-hour training spanning several weekends, at which the author and other VSO participants presented. Early the next month, Catherine Pestano, a social worker in the UK, recounted the effects of the war in Ukraine on refugees and how she served them. Nataliya Bulatevich of Ukraine, who had joined the JFN calls at the start of hostilities, had just enough time to receive participants' best wishes before the evening blackout in Kyiv. In fall 2022 the author began free supervision of 30 Ukrainian therapists – half

Use Oaklander Gestalt Play Therapy in practice with children, adolescents or families?	# Respondents	% Respondents	Used which online tools since March 2020 for research? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents
Yes	87	95.60%	Onlinesandtray.com	15	16.48%
No	4	4.40%	Onlinepuppets.org	6	6.59%
			Onlinedollhouses.com	5	5.49%
If so, with what percentage of practice?	# Respondents	% Respondents	Projective Cards on Oaklandertraining.org	13	14.29%
1% - 10%	5	5.75%	Mindfuldraw.com	2	2.20%
11% - 25%	11	12.64%	I didn't use online play therapy tools for research purposes.	71	78.02%
26% - 50%	16	18.39%	Other	3	3.30%
51% - 75%	21	24.14%			
76% - 99%	21	24.14%			
100%	13	14.94%			
Use other methods of therapy with same? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	How likely to continue using online play therapy tools virtually in work with children, adolescents or families? (1 Not at all-5 Extremely Likely)	# Respondents	% Respondents
CBT	21	31.34%	1	4	5.56%
Parent-child interaction therapy	7	10.45%	2	8	11.11%
Child-centered play therapy	35	52.24%	3	6	8.33%
Cognitive behavioral therapy	13	19.40%	4	14	19.44%
Dialectical behavior therapy	9	13.43%	5	40	55.56%
Applied behavioral analysis	3	4.48%			
Play therapy	36	53.73%			
Group therapy	15	22.39%	How likely to continue using online play therapy tools in person in work with same? (1 Not at all-5 Extremely Likely)	# Respondents	% Respondents
Family therapy	33	49.25%	1	7	9.72%
Other	30	44.78%	2	14	19.44%
			3	18	25.00%
			4	9	12.50%
			5	24	33.33%
Used which online tools since March 2020 with same? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	Currently working how and where with same?	# Respondents	% Respondents
Onlinesandtray.com	63	69.23%	Hybrid (Online & In-Person)	52	57.14%
Onlinepuppets.org	35	38.46%	In-Person	33	36.26%
Onlinedollhouses.com	42	46.15%	Online/Virtually	5	5.49%
Projective Cards on Oaklandertraining.org	59	64.84%	Other	1	1.10%
Mindfuldraw.com	17	18.68%			
I don't use online play therapy tools in my therapy work	20	21.98%	Participated in any Just for Now calls since March 2020?	# Respondents	% Respondents
Other	10	10.99%	Yes	56	61.54%
			No	35	38.46%
If any used since March 2020, how has access to online play therapy tools enabled you to continue your work with same? (1 No impact-5 Able to work as usual online)	# Respondents	% Respondents	If so, how helpful have you found them? (1 Not at all-5 Extremely Helpful)	# Respondents	% Respondents
1	2	2.78%	1	0	0.00%
2	2	2.78%	2	1	1.75%
3	18	25.00%	3	2	3.51%
4	26	36.11%	4	15	26.32%
5	24	33.33%	5	39	68.42%
Used which online tools since March 2020 for teaching the principles of therapy? (Select all that apply.)	# Respondents	% Respondents	Participated in Oaklander Model/Gestalt Play Therapy training since March 2020?	# Respondents	% Respondents
Onlinesandtray.com	46	50.55%	Yes	68	75.56%
Onlinepuppets.org	24	26.37%	No	22	24.44%
Onlinedollhouses.com	27	29.67%			
Projective Cards on Oaklandertraining.org	37	40.66%	If so, how helpful was it for work with children, adolescents or families? (1 Not at all-5 Extremely Helpful)	# Respondents	% Respondents
Mindfuldraw.com	10	10.99%	1	2	2.99%
I didn't use online play therapy tools for teaching the principles of therapy	38	41.76%	2	0	0.00%
Other	6	6.59%	3	1	1.49%
			4	11	16.42%
			5	53	79.10%

Fig. 6: Condensed Survey

of them limited to phones – whose poignant questions concerned managing clients’ grief and trauma while they themselves share those emotions. And serial polls through fall 2022 measured JFN participants’ efforts: 12.62 % of respondents in nearby countries were working with refugees or preparing to; 24.27 % were helping from afar; and 61.17 % aimed to (Fig. 5).⁴

Upcoming conferences will maintain the same free access and local responsiveness. Spanish-speaking practitioners in Argentina, Bolivia, Chile, Guatemala, Mexico, Peru and Spain will meet monthly from January to September 2023 for a 70-hour training in the Oaklander Model. This writer will deliver a keynote address and lead one workshop at the 15th Play Therapy Conference in Mexico in May 2023. And the VSOE conference set for 2–4 June 2023 is planned as a remote/live hybrid event: Staggered Zoom presentations will match time zones, and satellite locations will offer in-person gatherings. For example, Laura Urquiza and Soledad Pauletti of Argentina, who met through JFN calls, will co-host a live venues. Each satellite will detail its events on a last-day JFN call.

4 Ibid.

Polls, Analytics and Survey: Durable Digital Therapy

Three instruments investigated the durability of virtual Oaklander tools, training and the collective deploying them.⁵ Periodic polls of JFN participants tracked their rise from May 2020 to October 2022. By the first half of 2022, 86.27 % of respondents aimed to use telehealth after COVID – more than the 82.23 % of respondents working all or partly remotely in April 2021 – implying they anticipated its value beyond pandemic necessity. Indeed, in October 2022, 51.35 % employed online tools although polls since February 2022 showed 65 % had few COVID restrictions. And January 2023 monthly websites analytics tallied 32,310 visitors from 114 countries – 24,590 to Sandtray, 4,840 to Dollhouse and 2,880 to Puppets.

January 2023 survey data (condensed in Fig. 6)⁶ speak to the future of Oaklander tools, learning and collaboration based on their applicability in therapy, teaching

5 Ibid.

6 In full: *ibid.*

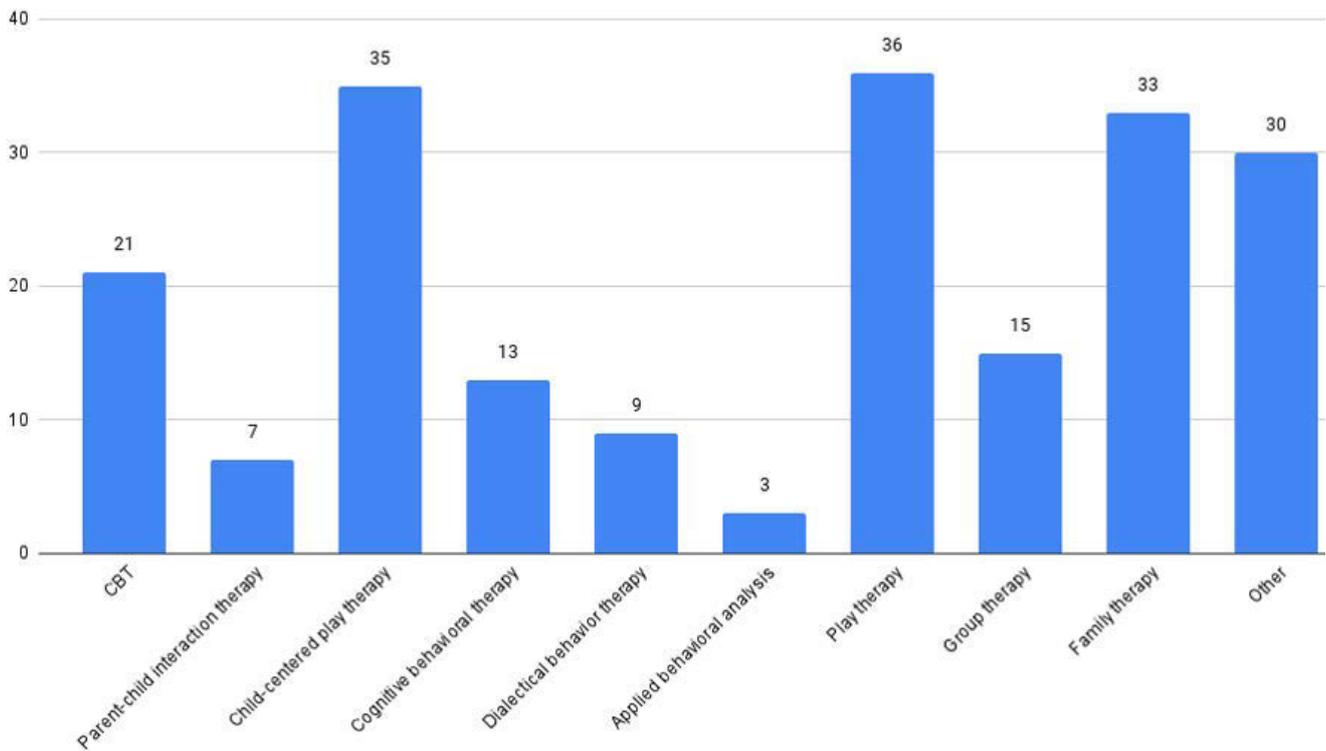


Fig. 7: Adjunctive Therapies

and research; feasibility in both distance and live work; and contribution to clinical expertise.

Of 91 respondents from 30 countries, 95.6% apply the Oaklander Model with children, adolescents or families – nearly 50% with about half to almost all clients. Yet Fig. 7 shows how many also use varieties of Play, Cognitive Behavioral, Family, Dialectical Behavior, Group, and Parent-Child Interaction, evidencing the model’s flexibility.

Since March 2020, nearly 70% of respondents practiced with Sandtray and Projective Cards, followed by Dollhouse, Puppets and Mindfuldraw tools; fewer than a quarter used none. Nearly 70% stated these let them work exactly or nearly as before COVID. Of respondents using them, 75% rated it Extremely or Highly Likely they would continue to do so virtually, and almost 46% rated it Extremely or Highly Likely they would use them in person – a litmus test for their post-COVID functionality (Fig. 8).

The over 50% of respondents teaching with the tools most commonly employed Sandtray and Projective Cards; the under 20% using them in research favored the same, though some 81% used none.

Also since March 2020, 61.54% of respondents participated in JFN calls, of whom 94.73% found them Very or Extremely Helpful. In that same period nearly 76% participated in Oaklander/Gestalt play therapy training, of whom 95.52% rated it Very or Extremely Helpful. In brief, the polls, websites analytics, and survey suggest distance Oaklander Model tools, education and collaboration have ensconced themselves in the field of child, adolescent and family healing.

Maximizing Outcomes of Virtual Interventions

The community learned that some adjustment to a live format, and readiness to utilize virtual therapy’s specific powers, facilitated successful treatment in lockdown and after:

Confirm Technological Requirements: Except for mindfuldraw.com, which needs only a videoconferencing device, all sites the author developed require client and therapist access to a desktop computer to use, share and save. Clients need a mobile device to send the therapist a «home tour» or real-time shots of persons, items and pets. While such information and affect can be elicited and conveyed just by the therapist’s questioning (see sample, below), the client’s being at home helps achieve this benefit of teletherapy.

Preview Sites: Each site offers directions for its many image and action choices, which therapists should examine before offering the activity.

Record: Therapists can securely record and store entire sessions or screenshots from any number of clients and devices for sharing or review.

Prepare Client/s: With the help of parent/s or caregiver, practitioners should set readying rituals to replace the drive-and-waiting-room transitions to in-person sessions: snack, restroom break, setting a chair or cushion, turning on the computer (Smith et al., 2021). Household members should respect the client’s need for privacy even if they participate in all or part of a session.

Pace: Virtual therapy in an age of «Zoom Fatigue» can make assessing and maintaining client focus hard. Therapists should prepare choices of activities in case

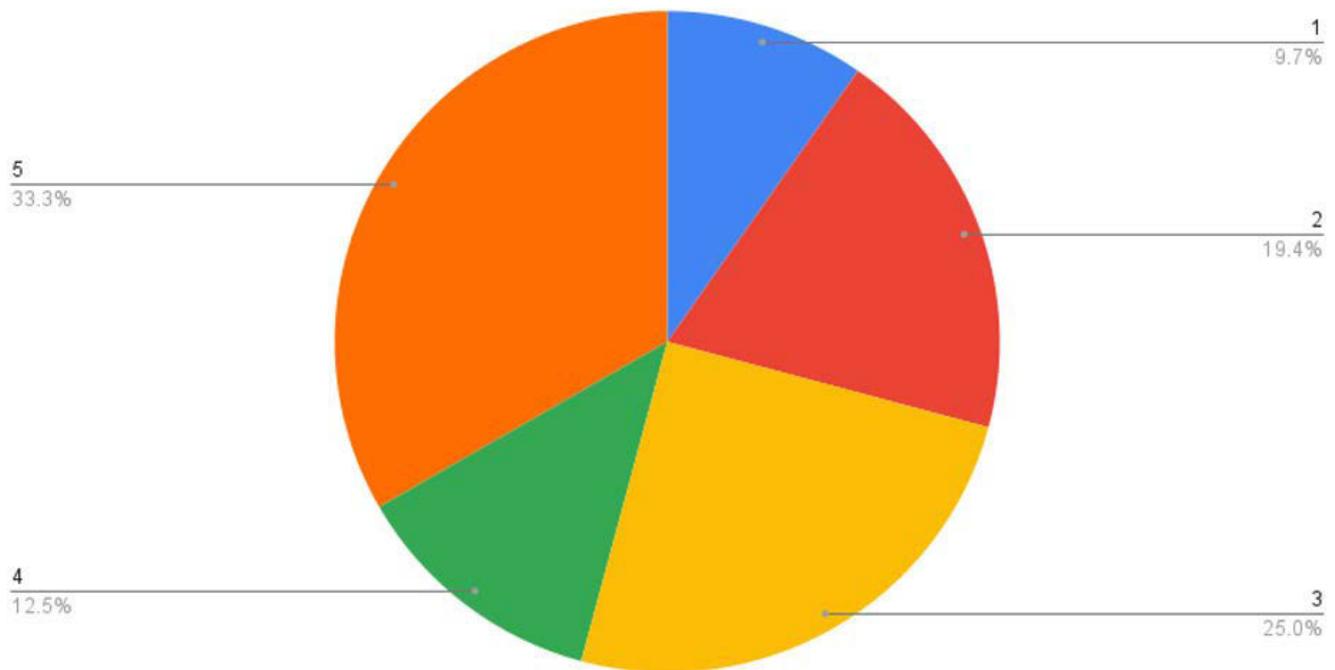


Fig. 8: Planned Post-COVID Online Tool Use (1: not at all likely – 5: extremely likely)

client attention, or tolerance for challenging work, flags.

Use the Client Home: As noted, remote therapy can involve the client's home as a character itself. Any video-conference-ready device lets clients send a «home tour» or introduce pets, household members, and objects to the therapist. Yet even without such devices therapists can observe and inquire about qualities of the home, encouraging clients to use their senses, actions, sounds and words to perceive and describe its qualities:

- What are the most common sounds in your home? What are your favorite sounds? Your least favorite?
 - Clients can describe, write about, or make those sounds, which may include a barking dog, sibling/s yelling, traffic, music, or preparing food.
 - Follow up on responses: «Are the sounds loud? Quiet? Musical? Muffled? Calming? Upsetting?»
- What are the most common sights in your home? What are your favorite sights? Least favorite?»
- What are your favorite spaces? Least favorite?»
 - Clients can take the therapist on a tour of favorite/least favorite spaces or draw them for the therapist.
 - Increase expressive spoken or written language: «Is that space warm? Cool? Quiet? Private? Shared? Small? Large? Comfortable? Exciting?»

Therapists may also inquire about any home item and experience characterizable by touch, smell, and taste.

Contraindications

Assuming client access to basic technology, the main contraindication for online interactive play therapy, as

Smith et al. (2021) cautioned, occurs when children are in an unsafe household. The author extends this to those in conflictual albeit not abusive settings, to clients of any age, and to any home-based teletherapy.

Extreme client or family resistance to virtual play as «juvenile» or «Zoom Fatigue» threaten its efficacy, but enthusiastic therapist presentation of interventions usually overcomes these.

Conclusion

Enduring Benefits of Remote Training and Treatment

As indicated by repeated polling, updated website analytics, and a recent survey, therapists' use of technology to connect with clients and colleagues during lockdown overcame and outlasted its threats of isolation and social inequity. Professionals, trainees, youngsters and families gained, and continue to gain, from the inclusive techniques and partnership healers cultivated. This is so because the advantages specific to virtual training and treatment also outlived the pandemic and pertain currently. Cost-free, near-universally accessible education and collaboration for practitioners, interns and researchers have increased and promise to increase further knowledge about treating children and families. Therapists can deliver, so clients can partake of, treatment despite distance, poverty and, to some extent, political turmoil. Such availability has been recognized as favoring client attendance and thus improving outcome (Smith et al., 2021).

Added to the geographic and financial accessibility of a remote platform are other capacities of lasting value. Primary is its ability to share and store any number of sessions and text or visual creations (including of multiple

clients from separate devices), which aids in therapist and client review of an evolving scene, series of scenes, or scenes by different participants (Bolton et al., 2021). Along with this moment-by-moment and multiple-contributor record, remote work permits the therapist to encounter the client's home as an element – almost a character – in assessment and treatment (Smith et al., 2021; see sample intervention, below), as well as the client's household members, pets and belongings. Another merit is that international collaboration heightened therapists' cultural sensitivity. For example, JFN participants learned that some dollhouse builders are familiar with grass roofs rather than European shingled ones, and live in family configurations with which Westerners are unfamiliar – insights crucial for developing treatments translatable to all in this continuously opening circle. Finally, teletherapy sustains more than families' and practitioners' budgets: By replacing physical objects with arrays of images clients choose and manipulate to enact scenes, teleplay demands no traffic, office rental, purchase of supplies, nor storage of works and records, and thus sustains the environment.

Digitized Expansion of the Oaklander Model

Social isolation inflicted by the pandemic threatened to dissolve relationships between psychotherapists and clients and between instructors and students – especially those predicated on Oaklander's individuated, creative, client-driven and relational approach. The response of crafting online supervision, education and tools true to that model drew together learners, practitioners and clients separated by lockdown, geography, poverty, or war. In so doing it deepened clinicians' knowledge; invited observation of clients' homes, household members, pets and treasured objects; and recorded their words and creations. Thus remote training and treatment formats have proven not just to maintain but to expand their originals' powers. That expansion confirmed the efficacy of Violet Oaklander's model even on virtual modes, and increased client access to the benefits of remote play therapy and therapist access to learning and consultation – all regardless of geographical and financial obstacles to classic sessions and study. This silver lining of the COVID cloud brought successful outcomes to children and families in more places and social classes than ever, and grew a worldwide collaborative sphere of Oaklander Model therapists. That team learned to support participants and clients from afar in uniquely accessible, recordable, culturally sensitive, individuated and sustainable ways that therapists continue, and should continue, to employ both remotely and live after COVID wanes. Virtual training in Oaklander's online play techniques endures as foundational to this network's two-fold achievement: a global community of healers and a global extension of healing. This accomplishment has proven as valuable, and as viable, in a pandemic as in a post-pandemic world.

References

- Beel, N. (2021). COVID-19's nudge to modernise: An opportunity to reconsider telehealth and counselling placements. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 1–17. https://www.academia.edu/50972086/COVID_19_s_nudge_to_modernise_An_opportunity_to_reconsider_telehealth_and_counselling_placements
- Bernier, M. (2005). Introduction to Puppetry in Therapy. In M. Bernier & J. O'Hare (Eds.), *Puppetry in education and therapy: Unlocking doors to the mind and heart* (pp. 127–134). Authorhouse.
- Bolton, C., Thompson, H., Spring, J.A. & Frick, M.H. (2021). Innovative Play-Based Strategies for Teletherapy, *Journal of Creativity in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/15401383.2021.2011814>
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Carroll, F. (Ed.). (2015). *International Gestalt Journal*, 32(2).
- Courtney, J. (2008). *The perfect dollhouse*. *Play Therapy Magazine*, 3(2). http://www.janetcourtneyphd.com/about_play_therapy.htm
- Fried, K. (2020a). Just for Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis: The Full Nest: Working with Adolescents. https://www.vsof.org/fm_articles.html
- Fried, K. (2020b). Just For Now: Virtual Use of the Oaklander Model in a Time of Crisis. https://www.vsof.org/fm_articles.html
- Fried, K. (2020c) Just for Now Videoconferences [YouTube video series]. Oaklander YouTube Channel. <https://www.oaklandertraining.org>
- Fried, K. (2021). When «Just for Now» Meets the Future: A Case Study Using the Oaklander Model to Transition from the Pandemic. <https://www.oaklandertraining.org>
- Fried, K. & McKenna, C. (2020). *Healing Through Play Using the Oaklander Model: A Guidebook for Therapists and Counselors Working with Children, Adolescents and Families*. N.N.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play*. Guilford Press.
- Klem, P. (1992). The use of the dollhouse as an effective disclosure technique. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 69–73. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc2636/m2/1/high_res_d/Dissertation.pdf
- Mortola, P. (2001). Sharing disequilibrium: A link between Gestalt therapy theory and child development theory. *Gestalt Review*, 5(1), 45–56.
- Mortola, P. (2006). *Windowframes: Learning the art of Gestalt play therapy the Oaklander way*. Gestalt Press.
- Oaklander, V. (1978). *Windows to our children: A Gestalt Therapy approach to children and adolescents*. Real People Press.
- Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 45–55.
- Sampaio, M., Navarro-Haro, M.V, De Sousa, B., Vieira Melo, W. & Hoffman, H.G. (2020). Therapists Make the Switch to Telepsychology to Safely Continue Treating Their Patients During the COVID-19 Pandemic. Virtual Reality Telepsychology May Be Next. *Front. Virtual Real*, 1. <https://doi.org/10.3389/frvir.2020.576421>
- Smith, T., Norton, A.M. & Marroquin, L. (2021). Virtual family play therapy: A clinician's guide to using directed family play therapy in telemental health. *Contemporary Family Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09612-7>
- Strauch, V.R.F. (2021). Online psychodrama with children and the psychodramatic sandplay method. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(2), 99–106.
- Swan, A., Yee, T., Wolfram, C., Cameron, A. & Elder, H. (2022). Transforming Graduate Play Therapy Instruction to Virtual Learning During COVID-19. *International Journal of Play Therapy*, 31(4), 228–236. <https://doi.org/10.1037/pla0000183>
- Wheeler, G. & McConville, M. (Eds.). (2002). *The heart of development: Gestalt approaches to working with children: Adolescents and their worlds* (Vol. 1: Childhood). Gestalt Press.

The author

Karen Fried, Psy.D., M.F.T. is a licensed Marriage and Family Therapist and an Educational Therapist in Santa Monica, California. She received a PsyD and Master's degrees in Clinical Psychology and in Psychology of Human Development, along with certification in Educational Therapy. She has a private psychotherapy practice and co-directs the K&M Center, which provides educational and remedial services to students from preschool to college. In her practice, she uses the Oaklander Model of child therapy, and is president of the Violet Solomon Oaklander Foundation. She trains and supervises child and adolescent therapists in this model in the US and internationally.

Contact

karen@karenfried.com
www.oaklandertraining.org
www.vsof.org

Comment le modèle d'Oaklander a déclenché dans une communauté mondiale de thérapeutes une vague de formations et de traitements enrichis par temps de pandémie

Karen Fried

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 71–72

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-71>

Mots clés : Téléthérapie postpandémie, modèle Violet Oaklander en ligne, thérapie de jeu en ligne, thérapie de jeu interactive

La pandémie de la COVID-19 a imposé un isolement social qui a menacé toutes les relations, mais peut-être tout particulièrement celles qu'entretiennent les psychothérapeutes de l'enfance avec leurs clients et celles qui existent entre les superviseurs et les internes sur le terrain. En réponse à cette menace, l'auteur a développé des interventions gratuites de thérapie interactive par le jeu en ligne selon le modèle d'Oaklander (onlinesandtray.com; onlinedollhouses.com; onlinepuppets.org; mindfuldraw.com et cartes projectives sur oaklandertraining.org), qui remplacent les originaux par des onglets d'images que les clients choisissent, positionnent, déplacent, agrandissent ou rétrécissent, et les incitent à agir et à parler pendant leur construction et à orchestrer leurs scènes. L'auteur a également mené une formation et une supervision à l'usage de téléconférences, afin que les personnes en apprentissage puissent elles aussi continuer à travailler avec leurs clients pendant le confinement.

Alors que les sessions téléphoniques avec des adultes sont devenues courantes et que les téléthérapies pour les enfants marginalisés tendaient à le devenir, l'inquiétude que les modes virtuels puissent compromettre l'effet des techniques tactiles et interpersonnelles du modèle d'Oaklander et que la distance d'apprentissage puisse diluer leur subtilité perdurait. Cependant, le travail largement traduit de cette dernière, appliqué pendant des décennies, les concepts gestalt et développementaux appliqués dans des interventions et directives projectives non scriptées guidées par le client et basées sur le contact ont effectivement survécu à la numérisation en cette époque de traumatisme collectif et de solitude privée.

En fait, leur refonte dans le cadre d'un traitement de jeu et de formats de formation à distance s'est avérée en mesure de conserver et même de renforcer leurs pouvoirs. Les outils ont pleinement engagé les enfants, les adolescents et les familles isolés, et la supervision à l'écran a permis aux personnes en apprentissage de pleinement maîtriser leur application et leur interprétation. Une telle capacité d'expansion a confirmé l'efficacité universelle et

intemporelle de l'approche et des outils hautement individualisés d'Oaklander dans des cultures et des conditions variées, Internet étant seulement la dernière d'entre elles.

En se prolongeant, la pandémie ne s'est pas contentée de relocaliser les activités et la supervision interactive de la thérapie de l'enfance : elle a également braqué sur elles les projecteurs de la conférence internationale de l'auteur de « Just For Now » (« Juste pour le moment »). Tant les interventions que les instructions numériques ont par conséquent incité les thérapeutes de quelques 30 pays à vouloir instamment collaborer au soutien des enfants et de leurs familles en dépit de la distance. Depuis plus de deux ans depuis lors, les appels de vidéoconférence hebdomadaires, puis mensuelles et maintenant trimestrielles « Just For Now » (29 jusqu'à présent) ainsi que les cours, formations et conférences en ligne ont connecté les praticiens, et à leur tour les praticiens et les clients tenus à distance non seulement par le confinement mais aussi par la géographie, la pauvreté et parfois la guerre. Les analyses mensuelles aussi tardives que janvier 2023 montrent plus de 30 000 personnes venues de 114 pays en train de visiter des sites web d'outils de bac à sable, poupées et maisons de poupées. Des recomptes de votes et une récente enquête formelle de participants à la communauté a en outre corroboré l'impression que le traitement, la formation et la collaboration numériques continuent à prospérer à la fois dans le mode à distance et le mode en direct.

De manière significative pour le terrain, cette collectivité mondiale de thérapeutes Oaklander et les enrichissements durables inattendus des outils d'Oaklander démentent l'appellation « Just For Now ». Les cliniciens peuvent maintenant approfondir et partager leurs connaissances avec des collègues presque partout ; observer des captures d'écran de maisons de clients, de membres de la maisonnée, d'animaux domestiques et d'objets significatifs afin de les évaluer et de les explorer ; inclure les clients utilisant des dispositifs séparés en différentes sessions et activités locales ; et enregistrer

des sessions ou stages entiers de créations de clients en évolution. En outre, la technologie a considérablement accru l'accès des clients aux avantages de la thérapie par le jeu au moment même où elle ouvrait l'accès des thérapeutes à l'apprentissage et à la consultation : le tout indépendamment des obstacles de lieu et financiers aux sessions et aux études en personne. En effet, des sondages périodiques montrent qu'elle a permis à des thérapeutes du monde entier d'aider des réfugiés ukrainiens (y compris des collègues) et de traiter leurs traumatismes de manières auparavant indisponibles. L'un des aspects parmi les moins négligeables étant que la durabilité de la téléthérapie et de l'enseignement à distance, qui élimine les coûts et les défis du transport, de la location de bureaux, des matériaux de nature physique et du stockage, protège l'environnement.

En effet, les outils de traduction d'Oaklander et la formation à des formats à distance ont fait avancer le domaine de la thérapie de l'enfance et de la famille en refondant définitivement ce dernier dans un cadre universellement disponible tout en apportant des réponses aux besoins locaux. Les thérapeutes individuels les ont incorporés dans leur pratique et leur supervision, et lui ont attesté d'excellents résultats aux deux niveaux, à l'instar de chercheurs indépendants. Et des collègues internationaux nouvellement connectés se sont rués sur les formations, cours, publications, collaborations et conférences en ligne. Certaines modifications apportées à des sessions et formations en personne, telles que l'accès à un dispositif basique sont requises, mais les ajustements visent en premier lieu à tirer le meilleur avantage des capacités uniques de la technologie à capturer les environnements immédiats et l'évolution du travail des thérapeutes et des clients. Les contre-indications de violence ou de conflit sérieux, opérant dans toutes les téléthérapies à la maison avec des clients de tous les âges, ont également un lien avec ce recours au traitement à distance.

Ce bon côté fortuit des enfants et des familles soutenues par le nuage COVID en partant d'un éventail de places et de classes sociales plus large que jamais

auparavant a établi un assemblage de collaboration au niveau mondial de thérapeutes du modèle Oaklander. Ces gains ont perduré après le confinement et ont surmonté l'isolement des clients et des praticiens en dépit de la géographie, des difficultés financières et du désarroi sociétal. Un réseau de thérapeutes Oaklander continue à utiliser la téléthérapie de consultation virtuelle de manières accessibles de façon unique, enregistrables, culturellement sensibles, personnalisées et durables, même après la fin de la pandémie. Au total, les outils à distance et les modes d'apprentissage du modèle d'Oaklander ont gardé, et devraient garder leur caractère d'éléments fondamentaux pour le double accomplissement que les thérapeutes ont cultivé à travers leur résilience et leur engagement face à une crise universelle : une communauté mondiale de soignants et une extension mondiale de soins. Cet accomplissement est tout aussi bénéfique dans un monde frappé par une pandémie et un monde postpandémie.

L'auteure

Karen Fried, Psy.D., M.F.T. est une thérapeute du mariage et de la famille diplômée et une thérapeute en formation à Santa Monica, Californie. Elle a obtenu un diplôme de PsyD et des diplômes de maîtrise en psychologie clinique et en psychologie du développement humain, ainsi qu'une certification en thérapie de formation. Elle a un cabinet de psychothérapie privé et co-dirige le K&M Center qui fournit des services en formation et correctifs à des étudiants depuis l'école maternelle jusqu'au collège. Dans son cabinet, elle utilise le modèle Oaklander de thérapie des enfants et est présidente de la Violet Solomon Oaklander Foundation. Elle entraîne et supervise des thérapeutes de l'enfance et de l'adolescence dans ce modèle aux États-Unis et à l'international.

Contact

karen@karenfried.com
www.oaklandertraining.org
www.vsof.org

Das Smartphone als Medium in der Psychotherapie

Anwendung und Nutzen anhand transdiagnostischer Faktoren

Severina Caplazi

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 73–81

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-73>

Zusammenfassung: Mit wenigen Ausnahmen von Kindern und Hochaltem besitzen fast alle Menschen ein Smartphone oder ähnliche Geräte. Somit ist der Zugang zu Onlinetherapien für immer mehr Menschen zugänglich. Digitale Interventionen, die transdiagnostisch genutzt werden können, zeigen gegenüber störungsspezifischen Interventionen Vorteile, z. B. reduzierte Kosten und breitere Anwendungsmöglichkeiten. Die hier besprochene Literaturübersicht beschäftigt sich mit transdiagnostischen Smartphone-Interventionen und geht der Fragestellung nach, welche transdiagnostischen Faktoren man in bisherigen smartphonebasierten, störungsübergreifenden Ecological Momentary Interventionen (EMI) identifizieren kann. Zur Beantwortung wurden die wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, APA PsycArticles, APA PsycInfo und PSYINDEX mit denselben Schlagwörtern und dem Filter «Academic Journals» durchsucht. Schlussendlich wurden 13 Artikel zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen. Darin konnten folgende transdiagnostische Faktoren identifiziert werden: Emotionsregulation, wiederholt negatives Denken, Interpretationsbias, metakognitives Denken, Stressreduktion/Coping und Selbstmanagement. So gibt diese Literaturarbeit einen Überblick über transdiagnostische Faktoren, die in bisherigen smartphonebasierten, störungsübergreifenden EMIs identifiziert werden konnten. Sie ist insofern limitiert, als dass es sich um eine selektierte Auswahl von Studien handelt. Zusätzlich sind 8 der 13 inkludierten Studien Pilotstudien und nur 3 randomisiert-kontrollierte Studien wurden eingeschlossen.

Schlüsselwörter: Ecological Momentary Intervention (EMI), Smartphone, transdiagnostische Herangehensweise, mobile Applikationen, klinische Psychologie

Seit mehr als 100 Jahren dominiert in der westlichen Welt die kategoriale Einteilung von Störungen in ein formelles taxonomisches System. Anhand wissenschaftlich fundierter Unterschiede zwischen verschiedenen Symptomkombinationen werden psychische Erkrankungen mithilfe von Diagnosemanualen in Störungen eingeteilt (Clark et al., 2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) und *International Classifications of Disease* (ICD) sind zwei in der Psychologie etablierte Diagnosemanualen, die weltweit zur Behandlung von Störungen herangezogen werden und einen starken Einfluss darauf haben, wie mit mentaler Gesundheit umgegangen wird (Dalgeish et al., 2020). Der Nutzen der psychiatrischen Klassifikation anhand kategorialer Diagnosen nach ICD und DSM ist jedoch infrage gestellt (Fusar-Poli et al., 2019).

Eine vielversprechende Alternative bildet die transdiagnostische Herangehensweise. Diese durchquert vorhandene kategoriale Diagnosen und geht über jene hinaus, indem sie zugrundeliegende Faktoren von verschiedenen psychischen Störungen identifiziert und diese in Therapien gezielt moduliert. Ihr Ursprung stammt aus Theorien der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und Therapien für Essstörungen, wobei eine Erweiterung für Angststörungen und Depressionen später dazukam. Ausschlaggebend für

die Entwicklung der transdiagnostischen Herangehensweise waren zwei Hauptpunkte. Erstens: Unterschiedliche Essstörungen teilen ätiologische und Aufrechterhaltungsprozesse sowie kognitiv-affektive, interpersonelle und verhaltensbasierte Merkmale. Zweitens: Die stetig steigende Zahl diagnosespezifischer Behandlungsmanualen in der KVT ist eine Barriere für deren erfolgreiche Umsetzung. Für die Erweiterung auf Angststörungen und Depression wurde noch ein weiterer Grund genannt: Diagnosespezifische Interventionen basieren auf heterogenen diagnostischen Kategorien und beachten selten Komorbiditäten, die jedoch häufig auftreten. Transdiagnostische Forschung versucht diese Limitationen anzugehen und eine neue Herangehensweise an die Klassifizierung, Benennung, Behandlung und Prävention von psychischen Störungen zu geben (ebd.).

Eine weitere innovative Entwicklung sind Technologien, die zur Behandlung von Personen mit psychischen Störungen genutzt werden können. Darunter fallen verschiedene therapeutische Alternativen, wie zum Beispiel Interventionen über das Internet, Virtual Reality-Therapien und Spiele, die Kompetenzen und Inhalte vermitteln können. Diese werden unter dem Begriff *eHealth* zusammengefasst. Eine Unterart von *eHealth*, genannt *Ecological Momentary Intervention* (EMI), beinhaltet Interventionen, die mit mobilen Geräten durchgeführt

werden und somit über das klassische Therapiesetting hinaus in den Alltag der Patient*innen integriert werden können (Myin-Germeys et al., 2016). EMIs haben bisher Vorteile in der Zugänglichkeit gezeigt, jedoch sind auch Probleme im Bereich der Informationsqualität und der wissenschaftlichen Fundierung festzustellen (Christensen & Griffiths, 2000). Nichtsdestotrotz scheinen smartphonebasierte Interventionen als vielversprechende Methode zur Prävention und Intervention von psychischen Störungen geeignet zu sein; dies aufgrund der erleichterten Zugänglichkeit und teils hohen Akzeptanz vonseiten der Patient*innen (Beard et al., 2019).

Aufgrund der zunehmenden Wichtigkeit von transdiagnostischen Herangehensweisen und der vielversprechenden Nützlichkeit von EMIs via Smartphone beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, welche transdiagnostischen Faktoren man in bisherigen smartphonebasierten, störungsübergreifenden EMIs identifizieren kann, und gibt einen Überblick über identifizierte Faktoren.

Transdiagnostische Herangehensweise

Der Begriff «transdiagnostisch» bedeutet störungsübergreifend (Fehlinger et al., 2013). Ein transdiagnostischer Faktor ist demnach ein Faktor, der bei mehreren psychischen Störungen, folglich mindestens mehr als einer, relevant ist. Dies bedeutet, dass es Faktoren gibt, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen verantwortlich sind. Ein Beispiel dafür könnte die Überbewertung von Figur und Gewicht sein, die bei Anorexia Nervosa, Bulimie und Essstörungen an der Aufrechterhaltung der Symptome beteiligt ist (Sauer-Zavala et al., 2017).

Ein Beispiel für eine transdiagnostische Behandlung von affektiven Störungen ist das *Unified Protocol* (UP). Dieses wurde als Alternative zu den störungsspezifischen Behandlungen in der KVT konzipiert. Es sollte kosteneffizienter und auch für Komorbiditäten geeignet sein. Weiterhin zeigte die Metaanalyse von Pearl und Norton (2017) positive Ergebnisse bei verschiedenen affektiven Störungen, die mit dem UP therapiert wurden. Das UP benutzt verschiedene Prinzipien der KVT und integriert diese mit evidenzbasierten psychologischen Behandlungstechniken, wie zum Beispiel kognitiver Umstrukturierung. Das Ziel dieser Behandlung ist die Identifikation transdiagnostischer Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sind. In einem anschließenden Schritt werden dieselben moduliert. Im UP werden drei transdiagnostische Faktoren genannt, die bei der Reduktion von Symptomen als Mediatoren wirken können. Einer dieser Faktoren ist die *Emotionsregulation*. Ergebnisse der RCT von Khakpoor et al. (2019) haben gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien (z. B. Unterdrückung von Emotionen) und verschiedenen psychischen Störungen gibt, wie bspw. Angststörungen, Essstörungen und Depression. Weiterhin können negative Erwartungen in mehrdeutigen Situationen und die Angst vor diesen

(*Avoidance of Uncertainty*) als transdiagnostische Faktor genannt werden, der bei Angststörungen und Depressionen beteiligt ist. Der letzte der drei Faktoren, der bei mehreren Störungen beteiligt ist, nennt sich *Experiential Avoidance*. Dieser ist gekennzeichnet durch das Vermeiden von persönlichen, unangenehmen Erfahrungen bzw. durch die Vermeidung von Situationen, die entsprechende Erinnerungen hervorrufen könnten (ebd.).

Eine Metaanalyse von Sakiris und Berle (2019) fand, dass eine transdiagnostische Intervention anhand des UP für Affektstörungen zu Reduktionen in folgenden Bereichen geführt hat: Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Panikstörungen (mit und ohne Agoraphobie), soziale Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Symptomen von Angst. Zusätzlich gibt es Hinweise auf einen stärkeren Nutzen von adaptiven Emotionsregulationsstrategien (z. B. akzeptieren von negativen Situationen) und auf einen verminderten Nutzen von maladaptiven Emotionsregulationsstrategien (ebd.).

Ecological Momentary Intervention via Smartphone

Psychologische Interventionen, die mithilfe eines elektronischen oder digitalen Geräts, zum Beispiel eines Computers, in Echtzeit und im Alltag vermittelt werden, heissen Ecological Momentary Interventionen (EMI). Aufgrund ihrer einfachen Verfügbarkeit und teils grossen Akzeptanz unter Nutzer*innen eignen sich Smartphones, um solche Interventionen anzubieten. Ein weiterer Vorteil von smartphonebasierten EMIs kann sein, dass Personen, die – aufgrund von Stigma – normalerweise keine Hilfe aufsuchen würden, auf diese Weise vereinfacht Hilfe bekommen können (Parmar & Sharma, 2017).

Eine grossangelegte Studie von Beard et al. (2021) konnte zeigen, dass in einer transdiagnostischen Stichprobe von 322 Patient*innen 238 von 322 (74 %) bereit waren, eine Smartphone-App zur Überwachung ihrer mentalen Gesundheit zu verwenden, und bei 262 von 322 (82 %) bestand der Wille, eine solche App für eine Intervention zu benutzen. Auch wurde zuvor gefunden, dass smartphonebasierte EMIs bei Personen mit einer Alkoholkonsumstörung zu signifikant weniger Alkoholkonsum im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Intervention führten (Parmar & Sharma, 2017). Weiter konnten in EMIs schon positive Ergebnisse erzielt werden, bspw. bei Gewichtsverlust, Reduktion von Angst, Reduktion des Zigarettenkonsums und Steigerung der körperlichen Aktivität (Pennou et al., 2019). Man sollte jedoch im Hinterkopf behalten, dass nicht-signifikante Ergebnisse oftmals nicht publiziert werden, wodurch es sich um einen *Publication Bias* handeln könnte.

Fragestellung, Methodik, Ergebnisse

Zur Beantwortung der Frage, welche transdiagnostischen Faktoren man in bisherigen smartphonebasier-

ten, störungsübergreifenden EMIs identifizieren kann, wurden vier wissenschaftliche Datenbanken, PubMed, APA PsycArticles, APA PsycInfo und PSYINDEX, mit denselben Schlagwörtern und dem Filter «Academic Journals» durchsucht. Daraus ergaben sich 47 Artikel, von denen 34 ausgeschlossen und schlussendlich 13 zur Beantwortung der Fragestellung verwendet wurden. Hierbei sollte beachtet werden, dass es sich um selektierte Artikel handelt, wobei es wahrscheinlich mehr Artikel zu diesem Thema gibt, die jedoch aufgrund der Schlagwörter nicht identifiziert wurden. Um in die Untersuchung einzufließen, mussten die Interventionen für eine transdiagnostische Zielgruppe geeignet sein, was bedeutet, dass die Intervention für mehr als eine Störung geeignet sein musste. Zu den Ausschlusskriterien gehörten Studienprotokolle, da diese keine Auskunft über die Qualität der geplanten Interventionen liefern konnten.

Die 13 ausgewählten Artikel setzen sich zusammen aus einem Literaturreview (Pennou et al., 2019), drei RCTs (Christoforou et al., 2017; Heckendorf et al., 2019; Stallman, 2019), einer Microintervention (Meinlschmidt et al., 2016) und acht Pilotstudien (Beard et al., 2021; Carey et al., 2016; Carmona et al., 2021; Fleming et al., 2017; Hilt & Swords, 2021; Rauschenberg et al., 2021; Webb et al., 2021; Weisel et al., 2020). Die Stichprobengrößen reichten von 9 bis 260 Personen, mit einem Durchschnitt von 65.41 Personen pro Studie. Das Veröffentlichungsjahr der Artikel umfasst die Jahre 2016 bis 2021. 6 der 13 Studien beziehen sich auf nicht-klinische Stichproben und 7 auf Proband*innen mit klinisch relevanten Störungen. Bei letzteren weisen die Personen folgende psychische Symptome und Störungen auf: psychotische Symptome, Angstsymptome, depressive Symptome, Schlafstörungen, Grübeln, Depression, Bipolar-Störung, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychose, Persönlichkeitsstörungen und Agoraphobie. Für eine Übersicht zu den Artikeln siehe Tabelle 1.

Die transdiagnostischen Faktoren der Interventionen lassen sich in folgende Kategorien einteilen: Emotionsregulation (Fleming et al., 2017; Meinlschmidt et al., 2016; Pennou et al., 2019; Rauschenberg et al., 2021), Selbstmanagement (Carmona et al., 2021), wiederholt negatives Denken (Heckendorf et al., 2019; Hilt & Swords, 2021; Webb et al., 2021), Interpretationsbias (Beard et al., 2021), metakognitives Denken (Carey et al., 2016), Stressmanagement/Coping (Christoforou et al., 2017; Stallman, 2019) und eine Kategorie mit verschiedenen Faktoren (Weisel et al., 2020). Mehr als die Hälfte der inkludierten Studien (7 von 13) fokussierten auf die Emotionsregulation oder auf wiederholt negatives Denken.

Emotionsregulation

Meinlschmidt et al. (2016) führten eine 13-tägige smartphonebasierte Microintervention mit 27 männlichen Studenten durch. Vor der Intervention erlernten die Teilnehmer vier transdiagnostische psychotherapeutische

Techniken: *viscerosensory attention*, *emotional imagery*, *facial expression* und *contemplative repetition*. Nach der Intervention zeigten sie bessere Stimmung, waren wacher und ruhiger. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine kurzzeitige Smartphone-Microintervention von 13 Tagen gute Ergebnisse bzgl. Stimmungsverbesserung hervorrufen kann.

Fleming et al. (2017) haben die Wirkung einer Smartphone-App gegen Angst und Depression bei neun homosexuellen Männern untersucht. Die App bestand aus täglichen Lehreinheiten zu den Konzepten von KVT (z. B. Probleme lösen oder kognitive Umstrukturierung). Zum Schluss der Intervention konnte man ein Feedback bzgl. Nutzerfreundlichkeit hinterlassen. Alle Teilnehmer äusserten sich enthusiastisch bzgl. der Nutzung der App. In manchen Bereichen wurde Optimierungspotenzial genannt. Diese Studie zeigt, dass es wichtig ist, zuerst Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz von transdiagnostischen Smartphone-EMIs zu testen.

Ein Literaturreview von Pennou et al. (2019) hat systematisch acht Studien zusammengetragen, bei denen in EMIs der transdiagnostische Faktor «Emotionsregulation» gefördert wurde. Die Teilnehmenden bestanden aus Personen mit Psychosen, Doppeldiagnosen und häufigen Komorbiditäten (z. B. Substanzkonsumstörungen). Von den EMIs zur Verbesserung der Emotionsregulation konnte bei drei Interventionsstudien eine Verminderung des Angstniveaus beobachtet und bei vier konnte eine Abnahme der depressiven Symptome festgestellt werden. Diese Ergebnisse sind laut den Autor*innen insofern bedeutend, als dass es sich um Symptome handelt, die zu einem Rückfall führen könnten. Alle beinhalteten unter anderem die Verbesserung der Emotionsregulation. Die Autor*innen berichten ebenfalls, dass es sich bei vielen Studien um Pilotstudien handelte.

Bei der Intervention von Rauschenberg et al. (2021) handelte es sich um eine unkontrollierte Pilotstudie, bei der zehn hilfeschuchende Jugendliche mit psychotischen, depressiven oder ängstlichen Symptomen eine dreiwöchige EMI via Smartphone-App sowie drei Face-to-Face-Sitzungen bei einer Psychotherapeutin, einem Psychotherapeuten absolvierten. Die App und die Sitzungen vermittelten eine transdiagnostische «compassion-focused intervention (CFI)», die auf eine Veränderung der Emotionsregulationssysteme abzielte. Das Ziel der Intervention war, emotionale Resilienz zu stärken und vermeintliche Risikomechanismen sowie Stresssensitivität im alltäglichen Leben der Jugendlichen zu senken. Acht von zehn Teilnehmenden waren zufrieden und berichteten, dass es für sie keine Last war, an der Intervention teilzunehmen. Weiterhin wiesen die Teilnehmenden nach der Intervention eine Reduktion der Stresssensitivität von momentanem negativem Affekt und psychotischen Erlebnissen sowie einen stärkeren positiven Affekt auf. Diese Effekte konnten sowohl direkt nach der Intervention als auch beim vierwöchigen Follow-up gefunden werden. Ebenfalls wurde eine Reduktion der psychotischen, depressiven und ängstlichen Symptome berichtet.

Studie	SP-Grösse	Zielpopulation	Studiendesign	Transdiagn. Faktor	Interventionsart
Beard et al. (2021)	14	Personen mit mind. moderaten Symptomen im health Questionnaire in einer Klinik (19–65 J; M=35 J, SD=15.4 J)	Pilotstudie zur Durchführbarkeit, Akzeptanz und Teilnahme	Interpretationsbias	Transdiagn. EMI während des Klinikaufenthalts und nach der Entlassung + Klinikprogramm, 4 Wochen
Carey et al. (2016)	23	Studierende der University of Manchester (>18 J)	Pilotstudie zur Nützlichkeit und Akzeptanz	Metakognitives Denken	Zwei Wochen transdiagn. EMI + Interview
Carmona et al. (2021)	51	Jugendliche und junge Erwachsene mit selbstberichteter Schlafunzufriedenheit (15–24 J)	Pilotstudie zur Durchführbarkeit und Akzeptanz	Selbstmanagement	4 Wochen transdiagn. EMI
Christoforou et al. (2017)	142	Personen mit selbstberichteter Agoraphobie (M=38.7 J; SD=11.3 J)	RCT zum Vergleich von störungsspezifischer mit transdiagnostischer EMI	Stressreduktion	12 Wochen transdiagn. EMI + Interview
Fleming et al. (2017)	9	Junge Männer aus sexuellen Minderheiten mit mind. mittleren Depressions- oder Angstwerten (18–20 J; M=19 J; SD=0.71 J)	Pilotstudie zur Nützlichkeit	Emotionsregulation und kognitive Umstrukturierung	10 Wochen transdiagn. EMI
Heckendorf et al. (2019)	260	Leser*innen der Zeitschrift <i>Der Siegel</i> (M=42.2 J; SD=10.9 J)	RCT zum Vergleich der EMI-Interventionsgruppe mit einer Warteliste-Kontrollgruppe	Wiederholt negatives Denken/Resilienz	5 Wochen transdiagn. EMI + Onlinetraining + Kontakt mit eCoach*in
Hilt & Swords (2021)	72	Jugendliche mit mittlerem bis hohem Grübeln (12–15 J; M=14.01 J; SD=0.99 J)	Pilotstudie zur Akzeptanz und zu ersten Effekten	Wiederholt negatives Denken/Achtsamkeit	3 Wochen transdiagn. EMI
Meinlschmidt et al. (2016)	27	Männl. Studenten der Kora University, (19–28 J; M=24.32 J; SD=2.27 J)	Microintervention	Emotionsregulation	Vor der Intervention erlernen von Emotionsregulationstechniken + transdiagn. EMI, 13 Tage
Pennou et al. (2019)	-	Fokus auf Personen mit Psychosen und komorbiden Störungen	Literatur Review	Emotionsregulation	–
Rauschenberg et al. (2021)	10	Hilfesuchende Jugendliche mit psychotischen, depressiven oder ängstlichen Symptomen (14–25 J; M=20.3 J; SD=3.8 J)	Pilotstudie zur Durchführbarkeit, Akzeptanz und zu ersten therapeutischen Effekten	Emotionsregulation	3 Wochen transdiagn. EMI + 3 Face-to-Face-Sitzungen + übliche Therapie
Stallman (2019)	56	Studierende mit selbstberichtetem erhöhten Stresslevel (18–56 J; M=29.79 J; SD=11.05 J)	RCT zur Effektivität einer EMI	Coping	1 Monat transdiagn. EMI
Webb et al. (2021)	72	Jugendliche mit mittlerem bis hohem Grübeln (12–15 J; M=14.01 J; SD=0.99 J)	Pilotstudie zur Erfassung von Charakteristika, die den Therapieerfolg vorhersagen	Wiederholt negatives Denken/Achtsamkeit	3 Wochen transdiagn. EMI
Weisel et al. (2020)	49	Erwachsene mit Angststörungen (Alter: 22–68 J; M=49 J; SD=12.9 J)	Pilotstudie zur Erfahrung der Nutzer*innen und zu Effekten	Psychoedukation, Methoden zur Reduzierung von persönlicher Inkongruenz bzgl. persönlichen Werten, Bedarf und Verhalten	7 Sitzungen transdiagn. EMI

SP: Stichprobe, J: Jahre, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, RCT: randomisiert-kontrollierte Studie, EMI: Ecological Momentary Intervention

Tab. 1: Übersicht zu bisherigen smartphonebasierten, störungsübergreifenden Ecological Momentary Interventionen

Selbstmanagement

In der Pilotstudie von Carmona et al. (2021) bekamen 51 Jugendliche und junge Erwachsene eine transdiagnostische Selbstmanagement-App zur Verbesserung von Schlafproblemen. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um eine nicht-klinische Stichprobe von Personen mit selbstberichteten Schlafproblemen. Das Ziel der Pilotstudie war herauszufinden, ob die Intervention durchführbar ist und Akzeptanz bei den Proband*innen erlangt. Diese berichteten nach der Intervention, dass der Aufbau für sie logisch war, dass sie Vertrauen in die Wirksamkeit der Intervention hatten und dass sie die App weiterempfehlen würden. Auch nahm die Schlaflosigkeit ab und die Schlafdauer nahm zu. Zusätzlich fanden sich signifikante Verbesserungen beim morgendlichen Im-Bett-Liegen, bei Wachzeit, Schlaffeffizienz, Schlafzeit, selbstberichteter Schlafstörung, Angst, Depression und Energie. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass diese Selbstmanagement-App transdiagnostisch Schlafstörungen verbessern kann.

Wiederholte negatives Denken

Heckendorf et al. (2019) führten eine RCT mit 260 Leser*innen der Zeitschrift *Der Spiegel* durch, die erhöhte Werte in wiederholt negativem Denken hatten. Die Interventionsgruppe wurde mit einer Wartelistekontrollgruppe verglichen. Das Hauptziel der Intervention bestand darin, den transdiagnostischen Risikofaktor wiederholte negatives Denken (*repetitive negative thinking*: RNT) zu verringern. Zusätzlich wurde auch angeschaut, wie sich die mentale Gesundheit und Resilienzfaktoren verändern. Nach der Intervention zeigte die Interventionsgruppe signifikant weniger RNT als die Kontrollgruppe. Diese Effekte konnten auch noch nach einem dreimonatigen Follow-up gefunden werden und nach sechs Monaten waren die Effekte immer noch moderat bis gross. Zusätzlich konnten auch beim sechsmonatigen Follow-up Effekte auf die mentale Gesundheit und auf Dankbarkeit nachgewiesen werden. Bei der Resilienz fielen die Ergebnisse sowohl nach der Intervention als auch beim sechsmonatigen Follow-up signifikant aus, jedoch nicht beim dreimonatigen Follow-up. Diese Studie zeigt, dass Interventionen zur Verbesserung der Dankbarkeit positiven Einfluss auf den transdiagnostischen Faktor RNT haben können und auch Einfluss auf die mentale Gesundheit ausüben können.

Die Pilotstudien von Hilt und Swords (2021) und Webb et al. (2021) beziehen sich auf die gleiche dreiwöchige Achtsamkeits-Smartphone-Intervention für 80 Jugendliche mit häufigem Grübeln. Hilt und Swords (2021) haben die Akzeptanz und erste Effekte der Intervention getestet und Webb et al. (2021) haben untersucht, welche Persönlichkeitscharakteristika als Prädiktoren für den Erfolg direkt nach und drei Wochen nach (kumulativ) der Intervention dienen können. Die Intervention fokussierte auf Achtsamkeit, um Grübeln zu verhindern,

da dies ein transdiagnostischer Risikofaktor ist. Hilt und Swords (2021) fanden, dass die Intervention sowohl von den Eltern als auch von den Jugendlichen akzeptiert wurde. Zudem konnte eine signifikante Reduktion des Grübelns, der Besorgnis und der Angst gefunden werden und eine signifikante Abnahme der internalisierenden Symptome laut Elternbericht. Alle diese Effekte blieben bei einem zwölfwöchigen Follow-up bestehen. Webb et al. (2021) hingegen fanden, dass 14–25 % der Varianz in den Outcome-Variablen nach der Intervention auf Charakteristika der Jugendlichen zu Beginn der Intervention zurückzuführen waren. Höheres Grübeln zu Beginn und tiefere Emotionsunterdrückung konnten besser direkte und kumulative Effekte vorhersagen. Wohingegen weibliches Geschlecht und höheres Alter besser direkte, aber nicht kumulative Effekte vorhersagen konnten. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass es nützlich sein könnte, die Charakteristika zu Beginn zu beachten, um vorherzusagen, für wen eine Intervention nützlich sein könnte.

Interpretationsbias

Die Pilotstudie von Beard et al. (2021) hatte zum Ziel, 14 Patient*innen aus Kliniken mit mindestens moderaten psychischen Symptomen vor und nach ihrer Entlassung zu begleiten und mithilfe von transdiagnostischer, kognitiver Interpretationsbias-Veränderung zu unterstützen. Die Patient*innen erhielten vor und nach der Entlassung verschiedene Trainings, die ihnen helfen sollten, den kognitiven Interpretationsbias zu verringern. Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, ob die Intervention nützlich ist, akzeptiert wird und wie hoch die Teilnahme ausfällt. Die Teilnahme während der akuten Behandlung war hoch: 12 von 14 Teilnehmenden nahmen mindestens an einer Aufgabe pro Tag teil und 11 erfüllten mindestens fünf Aufgaben pro Tag. Die Teilnahmequote sank jedoch nach der Entlassung aus der Klinik. Nach der Entlassung nahmen nur noch 6 Teilnehmende an der Intervention teil. In der dritten Woche erfüllten diese durchschnittlich zwei Sitzungen pro Woche, wobei 33 % drei Aufgaben pro Woche erledigten. In der vierten Woche sank die Teilnahme auf durchschnittlich 0.83 erfüllte Aufgaben pro Woche. Das qualitative Feedback war mehrheitlich positiv und konnte nützliche Themen und Einrichtungen der App hervorheben. Da die Nützlichkeit und Akzeptanz durch die Teilnehmenden bestätigt werden konnten, würde als nächstes eine RCT notwendig sein.

Metakognitives Denken, um innere Konflikte zu lösen

Die Pilotstudie von Carey et al. (2016) hatte zum Ziel, die Nützlichkeit und Akzeptanz einer Smartphone-App zur Förderung von Zufriedenheit, Wohlbefinden und Zielverfolgung zu untersuchen. Die Studie wurde mit einer nicht-klinischen Stichprobe von 23 Studierenden und Mitarbeitenden der Universität von Manchester durchgeführt. Die Intervention der App basiert auf einer transdiagnostischen

kognitiven Therapie, der sogenannten *Method of Levels* (MOL). In dieser Therapie ging es darum, Zufriedenheit, Wohlbefinden und Zielverfolgung anhand des Lösens von inneren Konflikten und deren unterliegendem psychischem Stress zu fördern. Die Ergebnisse der Studie waren, dass die Art der Fragen bei den Teilnehmenden auf Akzeptanz gestossen ist und nicht zu Besorgnissen oder Bedenken geführt hat. Weiterhin wurde eine nicht-signifikante Abnahme von Depression, Angst und Stress über einen Zeitraum von zwei Wochen gefunden.

Stressreduktion/Copingstrategien

In der RCT von Christoforou et al. (2017) wurden zwei Smartphone-Apps miteinander verglichen. Beide Apps basieren auf KVT und wurden mit 170 Teilnehmenden mit selbstberichteter Agoraphobie über zwölf Wochen hinweg durchgeführt. Der Unterschied der zwei Apps ist, dass die eine spezifisch gegen Agoraphobie (*Agoraphobia Free*) und die andere transdiagnostisch gegen Angst konzipiert wurde (*Stress Free*). Am Ende der Intervention wurde die Symptomausprägung in den beiden Gruppen verglichen. Es konnte eine signifikante Abnahme der Agoraphobie-Symptome in beiden Gruppen gefunden werden, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Personen gab, die die Agoraphobie-App verwendeten, und denen, die eine transdiagnostische App gegen Angst verwendeten. Die statistische Power der Studie war klein ($1-b < 50\%$), deshalb sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Jedoch kann man erste Hinweise erkennen, dass eine transdiagnostische App genauso hilfreich sein könnte wie eine störungsspezifische App.

Eine andere RCT von Stallman (2019) verglich eine Interventionsgruppe mit einer Wartelistekontrollgruppe. Insgesamt nahmen 56 Studierende einer Universität mit erhöhtem Stress daran teil. Die Interventionsgruppe verwendete über den Zeitraum von einem Monat eine App zur Entwicklung von Copingstrategien. Diese basiert auf der transdiagnostischen stärkenfokussierten Copingplan-Herangehensweise. Die Autorin fand, dass die Interventionsgruppe – im Vergleich zur Kontrollgruppe – signifikante Verbesserung in Wohlbefinden und signifikant weniger selbstberichteten Stress beim einmonatigen Follow-up angab. Die Verbesserung von Stress und Wohlbefinden war klein bis moderat, was laut der Autorin bei Interventionen dieser Art zu erwarten war. Zusätzlich ergab sich zwar eine signifikante Verbesserung der gesunden Copingstrategien, jedoch nicht eine signifikante Verminderung der ungesunden Copingstrategien. Die Autorin schlussfolgerte, dass diese App bei Personen, die auf einer Warteliste für eine Behandlung sind oder die keine psychische Störung haben, nützlich sein könnte.

Verschiedene Faktoren

Weisel et al. (2020) testeten in einer Pilotstudie eine transdiagnostische, smartphonegestützte Intervention gegen

Angststörungen auf Erfahrungen der Nutzer*innen und auf die Effekte der Intervention. Die 49 Teilnehmenden wiesen verschiedene Angststörungen auf (generalisierte Angststörung, soziale Angststörung, Agoraphobie mit und ohne Panikattacken und subklinische Depression) und nutzten die Intervention für sieben Sitzungen und eine anschließende Booster-Sitzung. Die sieben Sitzungen beinhalteten Psychoedukation, Bedürfnisse und Ziele verfolgen, Schwierigkeiten überwinden und angenehme Aktivitäten planen, kognitive Umstrukturierung, Expositionen oder Probleme lösen und Pläne für die Zukunft erstellen. Gefunden wurde, dass die Intervention durchführbar ist und es eine signifikante Verbesserung der Angst- und Depressionssymptome gab. Zusätzlich wiesen alle Teilnehmenden zu Beginn eine Angststörung auf, wohingegen sich die Zahl nach der Intervention um mehr als die Hälfte reduzierte (54%). Mit dieser Intervention könnten demnach verschiedene Angststörungen und auch komorbide Depressionen transdiagnostisch angegangen werden.

Interpretation

Basierend darauf, dass Emotionsregulation am häufigsten verwendet wurde (4 von 13 Studien), gefolgt von wiederholt negativem Denken (3 von 13 Studien), kann geschlussfolgert werden, dass diese zwei Faktoren eine entscheidende Rolle bei der transdiagnostischen Behandlung von psychischen Störungen via smartphonebasierten, störungsübergreifenden EMIs spielen. Der Faktor Emotionsregulation ist auch konsistent mit dem transdiagnostischen Faktor Emotionsregulation beim UP (s. zuvor). Die transdiagnostischen Mechanismen *intolerance of uncertainty* und *experiential avoidance* des UP konnten jedoch in den hier genannten Studien nicht gefunden werden.

Wenn man sich die Nützlichkeit der Interventionen anschaut, konnten zwei RCTs aufzeigen, dass die Interventions- im Vergleich zur Wartelistekontrollgruppe nach der Intervention signifikante Verbesserungen bzgl. den untersuchten Outcome-Variablen zeigte. Weiter konnten auch Verbesserungen der mentalen Gesundheit gefunden werden. Diese manifestiert sich in signifikant besserem Wohlbefinden, verbessertem Coping und weniger Stress (Heckendorf et al., 2019; Stallman, 2019). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass transdiagnostische EMIs via Smartphone besser sind als keine Intervention. Darüber hinaus konnte die RCT von Christoforou et al. (2017) zeigen, dass die störungsspezifische EMI der transdiagnostischen EMI nicht überlegen war. Beide zeigten eine signifikante Abnahme der Symptome, wobei es keinen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Interventionen gab. Diese Studie weist darauf hin, dass es ökologischer und genauso nützlich sein könnte, transdiagnostische anstatt störungsspezifische EMIs zu erstellen und zu verwenden. Weiterhin konnten mehrere Pilotstudien eine Verminderung in folgenden Bereichen messen: negativer Affekt, Angst, Besorgnis und Schlaflosigkeit. Auch Verbesserungen bzgl. positivem Affekt und Stimmung konnten erfasst werden (Carmona

et al., 2021; Hilt & Swords, 2021; Meinschmidt et al., 2016; Rauschenberg et al., 2021). Zusätzlich konnte in einer der aufgeführten Pilotstudien die Anzahl der Personen mit Angststörungen auf weniger als die Hälfte reduziert werden nach der Intervention (Weisel et al., 2020). Somit kann festgehalten werden, dass neben den RCTs auch die Pilotstudien bisher positive Ergebnisse der Interventionen aufzeigen konnten.

In dieser Studie konnte die Nützlichkeit und Akzeptanz vonseiten der Teilnehmenden für smartphonebasierte, störungsübergreifende EMIs durch mehrere Pilotstudien gefunden werden. Auch die Eltern bei jugendlichen Teilnehmenden äusserten ihre Akzeptanz. Diese Befunde sind insofern wichtig, weil ohne positive Einschätzung der Nutzer*innen Interventionen dieser Art keinen Gebrauch finden würden. Generell kann auch festgehalten werden, dass in den genannten Studien eine hohe Bereitschaft besteht, transdiagnostische EMIs mit dem Smartphone zu verwenden (Carmona et al., 2021; Fleming et al., 2017; Hilt & Swords, 2021; Rauschenberg et al., 2021). Man sollte jedoch vorsichtig in der Generalisierung sein, da es vor allem in den Pilotstudien denkbar ist, dass es sich um eine selektive Stichprobe handelt. Diesbzgl. könnte es sein, dass Personen mit einer kritischen Einstellung gegenüber Smartphones gar nicht an solchen Studien teilnehmen.

Um zu verhindern, dass es im Verlauf einer Studie zu einer Abnahme der Teilnahme kommt – wie es bei der Studie von Beard et al. (2021) der Fall war –, wäre es sinnvoll, Elemente einzubauen, die die kontinuierliche Nutzung und Teilnahme verstärken könnten. Ein Beispiel dafür könnte ein Avatar sein, der durch die Teilnahme an der Intervention belohnt wird. Auch kann es nützlich sein, die Persönlichkeitscharakteristika der Teilnehmenden zu Beginn zu erfassen, da diese die Outcomes unterschiedlich beeinflussen, wie es die Pilotstudie von Webb et al. (2021) gezeigt hat.

Die Stichprobenszusammensetzung unterschied sich stark zwischen den Studien. Es wurden sowohl klinische als auch nicht-klinische Personen untersucht. Auffällig war, dass mehr als ein Drittel (5 von 13) der Studien Jugendliche oder junge Erwachsene als Zielgruppe hatten. Einer der dafür genannten Gründe war, dass die meisten psychischen Störungen das erste Mal im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auftreten (Rauschenberg et al., 2021). Auch werden die biologischen Veränderungen in diesem Alter als Risikofaktoren genannt (Carmona et al., 2021). Gestützt auf diese Begründungen sollten in zukünftigen Studien transdiagnostische EMIs für das Smartphone speziell als Prävention oder erste Intervention für das Jugendalter entwickelt und diese anschliessend auf Wirksamkeit geprüft werden. Weiterhin wurde die Mehrheit der Studien mit einer nicht-klinischen Stichprobe durchgeführt, wodurch man die Ergebnisse nicht auf klinische Personen generalisieren darf.

Fazit und Ausblick

Die KVT entfernt sich mit fortlaufender Zeit vielleicht von der kategorialen Sichtweise auf Störungen. Deswegen

könnte es immer wichtiger werden, transdiagnostische Interventionen zu entwickeln, die man bei verschiedenen oder auch komorbiden Störungen verwenden kann (Dalgeish et al., 2020). Das Smartphone eignet sich als ideales Medium zur Anwendung von Therapien in Form von EMIs, da es immer und überall verwendet werden kann und die Mehrheit ohnehin eines besitzt (Torous et al., 2014). Aus diesen Gründen ist es wichtig, eine Übersicht über transdiagnostische Faktoren zu haben, die in bisherigen smartphonebasierten, störungsübergreifenden EMIs identifiziert wurden. Mit den hier identifizierten transdiagnostischen Faktoren (Emotionsregulation, wiederholt negatives Denken, metakognitives Denken, Stressreduktion/Coping, Selbstmanagement und Interpretationsbias) konnte ein Überblick über bisherige smartphonebasierte, störungsübergreifende EMIs erstellt werden.

Die Limitationen dieser Literaturarbeit gehen zum Teil mit den Limitationen der eingeschlossenen Studien einher. Die Mehrheit dieser weist eine kleine Stichprobe auf, wodurch die statistische Power der Studien wahrscheinlich gering ist. Weiterhin wurden wenige RCTs miteingeschlossen, wodurch man die Ergebnisse nicht generalisieren kann. Darüber hinaus muss man bei dieser Literaturarbeit beachten, dass es sich um eine selektive Auswahl von eingeschlossenen Studien handelt. Es gibt noch weitere Studien, die transdiagnostische Smartphone-Interventionen thematisieren, jedoch aufgrund der Such- sowie Ein- und Ausschlusskriterien nicht identifiziert werden konnten.

Für zukünftige Studien sollte beachtet werden, dass es wenige RCTs gibt, die störungsübergreifende EMIs via Smartphones untersucht haben. Diese Erkenntnisse gehen auch mit dem Literaturreview von Pennou et al. (2019) einher. Aus diesem Grund sollten RCTs zur Prüfung deren Nutzens durchgeführt und in weiteren Schritten Metaanalysen generiert werden, durch die man erkennen könnte, welche transdiagnostischen Faktoren die stärkste Wirkung haben. Weiterhin sollten auch smartphonebasierte, störungsübergreifende EMIs entwickelt werden, die auf den Faktoren *intolerance of uncertainty* und *experiential avoidance* basieren, da dies zwei etablierte transdiagnostische Mediatorvariablen bei verschiedenen affektiven Störungen sind und beim UP gezielt moduliert werden (Khakpoor et al., 2019).

Literatur

- Beard, C., Ramadurai, R., McHugh, R.K., Pollak, J.P. & Björgvinsson, T. (2021). HabitWorks: Development of a CBM-I Smartphone App to Augment and Extend Acute Treatment. *Behavior therapy*, 52(2), 365–378. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.013>
- Beard, C., Silverman, A.L., Forgeard, M., Wilmer, M.T., Torous, J. & Björgvinsson, T. (2019). Smartphone, Social Media, and Mental Health App Use in an Acute Transdiagnostic Psychiatric Sample. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e13364. <https://doi.org/10.2196/13364>
- Carey, T.A., Haviland, J., Tai, S.J., Vanags, T. & Mansell, W. (2016). MindSurf: a pilot study to assess the usability and acceptability of a smartphone app designed to promote contentment, wellbeing, and goal achievement. *BMC psychiatry*, 16(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1168-z>

- Carmona, N.E., Usyatynsky, A., Kutana, S., Corkum, P., Henderson, J., McShane, K., Shapiro, C., Sidani, S., Stinson, J. & Carney, C.E. (2021). A Transdiagnostic Self-management Web-Based App for Sleep Disturbance in Adolescents and Young Adults: Feasibility and Acceptability Study. *JMIR Formative Research*, 5(11), e25392. <https://doi.org/10.2196/25392>
- Christensen, H. & Griffiths, K. (2000). The Internet and mental health literacy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 975–979.
- Christoforou, M., Sáez Fonseca, J.A. & Tsakanikos, E. (2017). Two Novel Cognitive Behavioral TherapyBased Mobile Apps for Agoraphobia: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.7747>
- Clark, L.A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W.E. & Reed, G.M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Dalgeish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Beisel, S. & Rief, W. (2013). Zur Bedeutung von Fertigerverbesserungen für den Therapieerfolg – Eine transdiagnostische Untersuchung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61(1), 37–44. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000138>
- Fleming, J.B., Hill, Y.N. & Burns, M.N. (2017). Usability of a Culturally Informed mHealth Intervention for Symptoms of Anxiety and Depression: Feedback From Young Sexual Minority Men. *JMIR human factors*, 4(3), e22. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.7392>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S.M., Parnas, J. & McGuire Philip (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Heckendorf, H., Lehr, D., Ebert, D.D & Freund, H. (2019). Efficacy of an internet and app-based gratitude intervention in reducing repetitive negative thinking and mechanisms of change in the intervention's effect on anxiety and depression: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 119, 103415. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103415>
- Hilt, L.M. & Swords, C.M. (2021). Acceptability and Preliminary Effects of a Mindfulness Mobile Application for Ruminative Adolescents. *Behavior therapy*, 52(6), 1339–1350. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.004>
- Khakpoor, S., Mohammadi Bytamar, J. & Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: a randomized clinical trial. *Research in psychotherapy (Milano)*, 22(3), 379. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.379>
- Meinlschmidt, G., Lee, J.-H., Stalujanis, E., Belardi, A., Oh, M., Jung, E.K., Kim, H.-C., Alfano, J., Yoo, S.-S. & Tegethoff, M. (2016). Smartphone-Based Psychotherapeutic Micro-Interventions to Improve Mood in a Real-World Setting. *Frontiers in psychology*, 7, 1112. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01112>
- Myin-Germeys, I., Klippel, A., Steinhart, H. & Reininghaus, U. (2016). Ecological momentary interventions in psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 29(4), 258–263. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000255>
- Parmar, A. & Sharma, P. (2017). Ecological Momentary Interventions Delivered by Smartphone Apps: Applications in Substance Use Treatment in Indian Scenario. *Indian journal of psychological medicine*, 39(1), 102–103. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.198942>
- Pearl, S.B. & Norton, P.J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 46, 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Pennou, A., Lecomte, T., Potvin, S. & Khazaal, Y. (2019). Mobile Intervention for Individuals With Psychosis, Dual Disorders, and Their Common Comorbidities: A Literature Review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 302. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00302>
- Rauschenberg, C., Boecking, B., Paetzold, I., Schruers, K., Schick, A., van Amelsvoort, T. & Reininghaus, U. (2021). A Compassion-Focused Ecological Momentary Intervention for Enhancing Resilience in Help-Seeking Youth: Uncontrolled Pilot Study. *JMIR Mental Health*, 8(8), e25650. <https://doi.org/10.2196/25650>
- Sakiris, N. & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C.A., Farchione, T.J., Boettcher, H.T., Bullis, J.R. & Barlow, D.H. (2017). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Stallman, H.M. (2019). Efficacy of the My Coping Plan mobile application in reducing distress: A randomised controlled trial. *Clinical Psychologist*, 23(3), 206–212. <https://doi.org/10.1111/cp.12185>
- Torous, J., Friedman, R. & Keshavan, M. (2014). Smartphone ownership and interest in mobile applications to monitor symptoms of mental health conditions. *JMIR mHealth and uHealth*, 2(1), e2. <https://doi.org/10.2196/mhealth.2994>
- Webb, C.A., Swords, C.M., Murray, L. & Hilt, L.M. (2021). App-Based Mindfulness Training for Adolescent Rumination: Predictors of Immediate and Cumulative Benefit. *Mindfulness*, 12(10), 2498–2509. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01719-0>
- Weisel, K.K., Zarski, A.-C., Berger, T., Krieger, T., Moser, C.T., Schaub, M.P., Görlich, D., Berking, M. & Ebert, D.D. (2020). User Experience and Effects of an Individually Tailored Transdiagnostic Internet-Based and Mobile-Supported Intervention for Anxiety Disorders: Mixed-Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e16450. <https://doi.org/10.2196/16450>

The smartphone as a tool in psychotherapy Use and benefit on the basis of transdiagnostic factors

Abstract: With the exception of some children and elderly people, nearly everyone is using a smartphone or a similar device. By this, online interventions get easier to access for more people. Digital interventions, which can be used transdiagnostic, show some advantages, compared to disorder specific interventions (e.g. less costs and a broader use). The here discussed literature review evaluated transdiagnostic factors, that were identified in previous Smartphone based Ecological Momentary Interventions (EMI) for various psychological disorders. The scientific databases PubMed, APA PsycArticles, APA PsycInfo und PSYINDEX were searched through with the same search terms and with a filter for academic journals only. Out of this, 13 articles were extracted. Ultimately, the following transdiagnostic factors were identified: emotion regulation, repetitive negative thinking, self-management, metacognitive thinking, stress-reduction/coping, and interpretation bias. Overall, this literature review gives an overview of transdiagnostic factors that were targeted in previous EMIs for Smartphones. One limitation of the stated study is that the included studies are a selected sample, from which 8 out of 13 studies were pilot studies. However, 3 randomised controlled trials and one literature review were also included.

Keywords: Ecological Momentary Intervention (EMI), Smartphone, transdiagnostic approach, mobile applications, clinical psychology

Lo smartphone come mezzo psicoterapeutico

Utilizzo e vantaggi grazie a fattori transdiagnostici

Riassunto: A parte poche eccezioni, rappresentate da bambini e anziani, quasi tutti oggi hanno uno smartphone o dispositivi simili, quindi le terapie online sono accessibili a un numero crescente di persone. Rispetto agli interventi specifici per un particolare disturbo, gli interventi digitali che possono essere utilizzati a livello transdiagnostico mostrano dei vantaggi, ad esempio costi ridotti e un campo di applicazione più ampio. La letteratura qui discussa è dedicata agli interventi transdiagnostici via smartphone e si interroga su quali fattori transdiagnostici si possano identificare nelle modalità di intervento ecologico (Ecological Momentary Intervention; EMI) basate su smartphone e applicate a vari disturbi finora adottate. Per rispondere a questa domanda sono state ricercate le banche dati scientifiche PubMed, APA PsycArticles, APA PsycInfo e PSYINDEX con le stesse parole chiave e il filtro «Academic Journals», estrapolando 13 articoli che affrontavano la questione e nei quali è stato possibile identificare i seguenti fattori transdiagnostici: regolazione delle emozioni, pensiero negativo ripetuto, bias interpretativo,

pensiero metacognitivo, riduzione dello stress/coping e autogestione. Questa letteratura fornisce così una panoramica dei fattori transdiagnostici che è stato possibile identificare nelle EMI basate su smartphone e adottate per vari disturbi. Si tratta tuttavia di una raccolta limitata poiché include solo alcuni studi selezionati. Inoltre, 8 su 13 sono studi pilota e sono stati inseriti solo 3 studi controllati randomizzati.

Parole chiave: Ecological Momentary Intervention (EMI), smartphone, approccio transdiagnostico, applicazioni mobili, psicologia clinica

Die Autorin

Severina Caplazi ist Studentin im Masterstudiengang Psychologie an der Universität Zürich mit Praktika in der Psychiatrie.

Kontakt

severinacaplazi@gmail.com

Le smartphone en tant que support en psychothérapie

Application et utilité sur la base de facteurs transdiagnostiques

Severina Caplazi

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 83–84

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-83>

Mots clés : Ecological Momentary Intervention (EMI), smartphone, approche transdiagnostique, applications mobiles, psychologie clinique

L'utilité de la classification psychiatrique de maladies psychiques à l'aide de diagnostics catégoriels d'après l'ICD et le DSM est de plus en plus remise en question dans la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). L'approche transdiagnostique représente une alternative très prometteuse. Celle-ci traverse les diagnostics catégoriels existants et dépasse chacun d'entre eux en identifiant les facteurs fondamentaux de différents troubles psychiques et en modulant ces derniers de façon ciblée dans les thérapies (Fusar-Poli et al., 2019).

Un exemple de traitement transdiagnostique de troubles affectifs est l'*Unified Protocol* (UP). Ce dernier a été conçu en tant qu'alternative aux traitements spécifiques à des troubles dans la TCC. Il doit être efficace en termes de coûts et convenir également aux comorbidités (Khakpoor et al., 2019). La méta-analyse de Pearl et Norton (2017) a également montré des résultats positifs dans le cas de différents troubles affectifs qui ont été soignés avec l'UP. De telles thérapies ou interventions peuvent être intégrées dans le quotidien à l'aide d'appareils numériques ou analogiques et sont alors appelées *Ecological Momentary Interventionen* (EMI). Un support qui convient idéalement à cet effet est le smartphone. La raison à cela est sa disponibilité simple et sa grande acceptation parmi des utilisateurs et utilisatrices (Parmar & Sharma, 2017).

Du fait de l'importance croissante de l'approche transdiagnostique et de l'utilité prometteuse des EMI via smartphone, ce travail traite de la question de connaître les facteurs transdiagnostiques que l'on peut identifier dans les anciens EMI basées sur smartphone, et donne un aperçu des facteurs identifiés. Pour répondre à ces questions posées, quatre banques de données scientifiques, PubMed, APA PsycArticles, APA PsycInfo et PSYINDEX, ont été parcourues avec les mêmes slogans et le filtre « Academic Journals ». Il en est ressorti 47 articles, dont 34 ont été exclus et 13 ont finalement été utilisés pour répondre à la question posée.

Les résultats de ce travail de bibliographie sont que les études examinées ici peuvent être classées dans six catégories de facteurs transdiagnostiques : Régulation

des émotions (Fleming et al., 2017 ; Meinlschmidt et al., 2016 ; Pennou et al., 2019 ; Rauschenberg et al., 2021), Selbstmanagement (Carmona et al., 2021), Pensée négative répétée (Heckendorf et al., 2019 ; Hilt & Swords, 2021 ; Webb et al., 2021), Biais d'interprétation (Beard et al., 2021), Pensée métacognitive (Carey et al., 2016), Gestion du stress/Coping (Christoforou et al., 2017 ; Stallman, 2019). Sachant qu'une étude a appliqué divers facteurs transdiagnostiques (Weisel et al., 2020).

Si on regarde l'efficacité des interventions, on a pu trouver deux Essais Randomisé Contrôlés (ERC) qui ont montré que le groupe d'intervention, en comparaison avec le groupe de contrôle de la liste d'attente, montrait des améliorations significatives au niveau des variables de sortie examinées après l'intervention. Des améliorations de la santé mentale ont également pu être constatées (Heckendorf et al., 2019 ; Stallman, 2019). En outre, les RCT de Christoforou et al. (2017) montrent que l'EMI spécifique au trouble n'était pas supérieure à l'EMI transdiagnostique. Les deux ont montré une diminution significative des symptômes, sachant qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux interventions (Christoforou et al., 2017).

En se basant sur le fait que la régulation des émotions a été utilisée le plus souvent (4 études sur 13), suivie par la Pensée négative répétée (3 études sur 13), on peut en tirer la conclusion que ces deux facteurs jouent un rôle décisif dans le traitement transdiagnostique de troubles psychiques via des EMI basées sur smartphone, des EMI transtroubles. Il était également frappant de voir que plus d'un tiers (5 sur 13) des études avaient des adolescents ou de jeunes adultes comme groupe cible. D'une manière générale, les compositions des échantillons aléatoires se différencient fortement entre les études. Des personnes pertinentes tant en termes cliniques que non-cliniques ont été examinées, mais majoritairement ces dernières, ce qui fait que les résultats ne peuvent pas être généralisés aux personnes cliniques.

Pour les futures études, il faut tenir compte du fait que peu de RCT ont examiné les EMI transtroubles via des smartphones. C'est la raison pour laquelle des RCT

doivent être réalisées pour contrôler leur utilité et des méta-analyses générées dans des étapes ultérieures. Ce dernier point permettrait d'identifier les facteurs transdiagnostiques qui ont le plus grand effet. Il faut en outre tenir compte du fait que l'état des résultats dans ce domaine est encore équivoque et faible du fait d'échantillons aléatoires petits et majoritairement sélectionnés.

L'auteur

Severina Caplazi est étudiante en master dans le cursus de psychologie à l'université de Zurich, et fait un stage en psychiatrie.

Contact

severinacaplazi@gmail.com

Originalarbeit
Article inédit

Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (Teil 2)

Forschungspraktische Umsetzung

Paolo Raile

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 87–92

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-87>

Zusammenfassung: Die Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (HEP) stellt einen eigenen psychotherapiewissenschaftlichen Ansatz dar. Aufbauend auf einem erweiterten wissenschaftstheoretischen Konzept, das auf Ernst von Glasersfelds Radikalem Konstruktivismus basiert, wird eine Praxeologie formuliert. In der forschungspraktischen Umsetzung werden zunächst ein Phänomen möglichst allgemein, aber dennoch exakt definiert, mehrere psychotherapeutische Ansätze ausgewählt und schliesslich das Phänomen aus der jeweiligen Perspektive betrachtet und die Handlungsmöglichkeiten erarbeitet. Und nicht zuletzt werden die Ergebnisse zusammengefasst und hinsichtlich der persönlich eingeschätzten Viabilität reflektiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapiewissenschaft, Praxeologie, Radikaler Konstruktivismus, Schemata, Handlungsmöglichkeiten, Handlungsmöglichkeiten-erweiternde Psychotherapiewissenschaft (HEP)

Einleitung

Im ersten Teil des Fachartikels (erschieden in *Psychotherapie-Wissenschaft Heft 2-2022*) wurden die wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Handlungsmöglichkeiten-erweiternden Psychotherapiewissenschaft (HEP) erläutert. Das Fazit lautet, dass Psychotherapeut*innen in der Praxis versuchen, viabel bzw. zweckmässig zu handeln, also mit ihren Handlungen den Patient*innen zu helfen. Im Zuge ihrer Ausbildung haben sie in der Regel ein psychotherapeutisches Konzept erlernt, das sie auf der Basis ihrer lebensweltlichen Erfahrungen sowie bereits existierenden Schemata assimilierten und darüber hinaus mittels Akkommodation bereits bestehende Schemata adaptierten bzw. neue Schemata entstanden, wo die vorhandenen nicht adäquat waren. So erwarben sie Handlungsmöglichkeiten, die sie in der Praxis umsetzen. Im Zuge des Anwendens und Ausprobierens ebenjener Handlungen machen sie eigene Erfahrungen, wodurch sie manche Handlungen möglicherweise als viabler und andere als weniger viabel betrachten, was sich wiederum auf die dahinterliegenden Konstrukte auswirkt. In Fortbildungen lernen sie zudem neue Schemata und Handlungsmöglichkeiten kennen, integrieren diese in ihr eigenes Konzept und wenden sie an, was wiederum dazu führt, dass sie weitere Erfahrungen erwerben, die wiederum zur Anpassung der Schemata und damit ihres psychotherapeutischen Konzepts führen. Dies passiert nicht immer auf einer bewussten Ebene. Selbst bei beständiger Reflexion und Bewusstmachung des eigenen Verfahrens passen sich Schemata automatisch an verschiedene Erfahrungen an.

Hinzu kommt, dass keine psychotherapeutische Situation wie eine andere ist, wenngleich natürlich bestimmte Elemente einander ähneln, was bspw. etwaige Diagnosen viabel macht, die sich auf ebensolche Elemente beziehen. Menschen haben unterschiedlichste Schemata, die ihre Apperzeptionen, also das, was sie bewusst wahrnehmen, Gedanken, Gefühle, Einstellungen, Werte und natürlich Handlungen prägen. Dies gilt selbstverständlich nicht nur für Patient*innen, sondern auch für Psychotherapeut*innen, bei denen noch ein weiterer Faktor hinzukommt, nämlich die fachlichen Konzepte, die sich, wie erwähnt, ebenfalls von Professionist*in zu Professionist*in unterscheiden. Ausserdem verändert sich jeder Mensch im Laufe des Lebens mit den Erfahrungen, die er*sie macht, es werden also neue Schemata ausgebildet oder manche als viabler bzw. weniger viabel betrachtet. Somit ist jede Psychotherapiekonstellation in ihrer Gesamtheit einzigartig¹ – oder mit Heraklits Worten: Es ist nicht möglich, zweimal in dieselbe Psychotherapie einzusteigen.

Um dennoch hilfreich arbeiten zu können, müssen Psychotherapeut*innen sich auf jede einmalige therapeutische Gesamtsituation adäquat einstellen, was eine gewisse Flexibilität erfordert, aber auch Intuition, womit hier spontanes und nicht bewusstes Handeln auf der Basis von einschlägigen erfahrungsbasierten Schemata gemeint ist,

¹ Abermals mit dem Hinweis darauf, dass die Kombination aller Elemente einzigartig ist, einzelne Aspekte jedoch durchaus wiederkehrenden Charakter haben. Ein Beispiel könnte das Äussern der Gewissheit sein, dass man von Nachbar*innen ständig beobachtet und belauscht werde, was gänzlich verschiedene Personen in unterschiedlichsten Situationen aussagen können, wodurch solche spezifischen Elemente einen situationsübergreifenden Charakter haben.

die in der Regel auf anderen therapeutischen Situationen aufbauen, in denen einzelne relevante Elemente der jeweils aktuellen Situation ähneln. Darüber hinaus ist es hilfreich, ein möglichst grosses Repertoire verfügbarer (viabler) Handlungsalternativen zur Verfügung zu haben, aus der intuitionsbasiert situationsadäquat gewählt werden kann. Die HEP setzt an jenem Punkt an und bietet hierfür eine Methode an, die aus einer konkreten Situation aussteigt und eine (erweitert radikalkonstruktivistische) externe Position und Perspektive einnimmt, um die vielfältigen psychotherapeutischen Handlungsansätze für jene Situation zu erheben und erforschen. Für die Praktizierenden bedeutet dies: Durch das Kennenlernen verschiedener psychotherapeutischer Verfahren und deren (Be-)Handlungsmöglichkeiten können diese in die eigene Arbeit integriert sowie die Kreativität angeregt werden, selbst neue Vorgehensweisen zu entwickeln und einzusetzen.

Die HEP richtet sich daher primär an Psychotherapeut*innen, die ihren Handlungsspielraum im Sinne der *optimalen* Patient*innenversorgung erweitern wollen, aber auch an alle Forschende, die psychotherapeutische Konzepte ausserhalb des klinischen Kontextes anwenden. Sei es nun im Rahmen von alternativen Umsetzungsformen wie der Beratung, der Supervision, der Mediation u. a., oder als interpretative Grundlagen wie die Betrachtung und Analyse von Märchen, Filmen oder anderen Texten. Im Grunde sind alle Anwendungen denkbar, in denen ein menschlicher Ausdruck jedweder Art aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Perspektiven betrachtet werden kann und soll. In allen Fällen zeigt sich die Wirkung der HEP im Erweitern der Handlungsmöglichkeiten, wobei *Handlung* hier nicht ausschliesslich auf die therapeutische Aktion beschränkt ist, sondern auf alle Formen des Tuns, was eben auch das Interpretieren von Texten, das Analysieren von Filmen oder das Beraten von Menschen mit Theorien und Methoden psychotherapeutischer Schulen einschliesst. Selbst das Umlegen der Methode auf Handlungsmöglichkeiten in anderen Kontexten, kultur-, sozial-, aber auch naturwissenschaftliche, wäre grundsätzlich denkbar. Die junge HEP beschränkt sich allerdings zum derzeitigen Zeitpunkt auf die Psychotherapiewissenschaft (PTW).

In den folgenden Kapiteln wird eine konkrete Vorgehensweise vorgestellt, die allerdings nicht als absolutes Skript zu verstehen ist, nach dem die HEP-Forschungspraxis zu erfolgen hat, sondern vielmehr als Vorschlag, der an das jeweilige Vorhaben angepasst werden kann und soll.

Beginn: Themenfindung und Definition des Phänomens

Wie in nahezu jeder Forschungsmethode steht die Themenfindung am Anfang der praktischen Umsetzung der HEP. HEP möchte eben Handlungsmöglichkeiten erweitern, was bedeutet, dass am Ende mehrere Vorschläge für alternative Vorgehensweisen hinsichtlich eines spezifischen Phänomens herauskommen sollten.

Ein Phänomen entspricht hier einem Element, das in verschiedenen einzigartigen Therapiesituationen in ähnlicher Weise vorkommt.

Ein Beispiel ist das Phänomen Soziale Phobie. Nehmen wir eine Logotherapeutin an, die kurz nach dem Abschluss ihrer Ausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse an der österreichischen ABILE, in der sie das Verfahren nach Viktor Frankl erlernte und zudem viele Bücher von Elisabeth Lukas gelesen hat, ein Behandlungskonzept internalisiert hat, das primär Behandlungsmöglichkeiten der beiden genannten Autor*innen aufweist. Nehmen wir weiter an, eine Person, die ihre Praxis betritt, leidet unter dem genannten Phänomen, das wir der einfachen Nachvollziehbarkeit wegen als Soziale Phobie bezeichnen. Auf Basis ihrer Intuition, die auf der geringen bisherigen Erfahrung und den beschränkten Handlungsmöglichkeiten basiert, wird sie nun die Technik der Paradoxen Intention anwenden, unabhängig davon, ob sie die Intervention in der konkreten Situation für geeignet hält. Nehmen wir weiter an, sie wird, Frankl und Lukas folgend, humorvoll agieren, wenngleich dies eigentlich nicht ihrer Art entspricht, da sie zumeist recht künstlich wirkt, wenn sie versucht, humorvoll zu sein. Die hilfeschuchende Person wird sich vielleicht nicht ernstgenommen fühlen oder das Gefühl haben, die Therapeutin lacht sie aus. Vielleicht passt die so getätigte Intervention auch zur Situation und ist viabel, führt also zu einem gewissen Behandlungsziel wie die Besserung der Angst. In allen Fällen wird die Psychotherapeutin eine Erfahrung gemacht haben, die sich auf ihr Konzept auswirkt. Wie stark jener Effekt ist, hängt von unzähligen Faktoren ab. Der Punkt des Beispiels ist, dass wenn sie mehrere Handlungsmöglichkeiten kennt und Erfahrungen erworben hat, auch flexibler auf die konkrete Situation reagieren und bspw. anders handeln kann. Sie hätte eine Systematische Desensibilisierung vorschlagen können, die Disidentifikation anwenden, provokativ Arbeiten, Komplexe hinter der Angst analysieren oder auch den bioenergetischen Körperausdruck in ihrer Interpretation und Vorgehensweise berücksichtigen.

Wollen wir also dieses Ziel erreichen, so müssen wir wissen, wie andere psychotherapeutische Konzepte mit dem Phänomen Soziale Phobie umgehen. Hierzu ist es zunächst notwendig, das Phänomen möglichst exakt zu definieren, aber gleichzeitig auch so allgemein, dass keine Fachtermini einzelner psychotherapeutischer Konzepte einen bedeutenden Platz in der Definition einnehmen. So wäre bspw. eine ausführliche Definition abzulehnen, in der sinngemäss ausgesagt wird, dass die Soziale Phobie mit einem Defizit des Selbst und dessen Tendenz zu kompensatorischen Reaktionsbildungen einhergeht. Damit würden nämlich Aspekte der Selbstpsychologie im Verständnis Heinz Kohuts eingebracht werden, womit die Betrachtung der Sozialen Phobie aus der Sicht vieler anderer psychotherapeutischer Verfahren, in der das Selbst nicht existiert oder anders verstanden wird, deutlich erschwert wird. Sollte dies in einzelnen Ausnahmefällen nicht anders möglich sein, so müsste eine gewisse Übersetzungsarbeit geleistet, also bspw. das Selbstkonzept Kohuts in Begrifflichkeiten der anderen im nächsten Schritt

auszuwählenden Verfahren ausgedrückt werden. Wenn hingegen die Soziale Phobie als starke Angst vor Kritik, Auslachen, Abwertung oder Ablehnung definiert wird, in der die Betroffenen schliesslich soziale Situationen aus ebenjener Angst meiden, dann könnte diese Definition zwar etwas ausführlicher sein, ist aber allgemein genug, um von allen psychotherapeutischen Perspektiven aus betrachtet zu werden.

Ansätze auswählen, Fragestellung formulieren

Wurde das Phänomen ausreichend exakt und allgemein genug formuliert, geht es im nächsten Schritt an die Auswahl der psychotherapeutischen Konzepte, aus denen es betrachtet wird. Natürlich ist es weder möglich noch sinnvoll, einen Forschungsgegenstand wie die Soziale Phobie aus der Sicht aller verfügbaren psychotherapeutischen Konzepte zu betrachten, zumal bereits im Grundlagentext verdeutlicht wurde, dass jede Person ihr eigenes hat und sich dieses mit der Zeit und den erworbenen Erfahrungen verändert. Wir können hier aber die Begriffe der *psychotherapeutischen Schule* und des *psychotherapeutischen Ansatzes nach Person X* einbringen. Ersterer Terminus meint Überschneidungen der einzelnen Konzepte relevanter Vertreter*innen einer *Schule* in bestimmten Aspekten, wobei die Machtstrukturen innerhalb der Gemeinschaft bestimmen, wer relevant ist und wer nicht. Der zweite Begriff meint ein konkretes Konzept einer Person, das in der Lehre oder mittels Publikationen explizit formuliert wurde.

In einer wissenschaftlichen Arbeit werden v. a. zitierbare Publikationen zu bevorzugen sein. Ziel sollte es daher sein, das verschriftlichte psychotherapeutische Konzept einer bestimmten Person heranzuziehen, das einer spezifischen Schule zugeordnet wird. Ein Beispiel für eine Schule ist die *Provokative Therapie*, die ursprünglich von Frank Farrelly gelehrt und verschriftlicht wurde. Sie wäre also ein solcher Ansatz. Natürlich ist es keinesfalls notwendig, stets bei den Schulengründer*innen zu verweilen. Ganz im Gegenteil kann es durchaus sinnvoll sein, modernere Ansätze auszuwählen, die derselben Schule zugeordnet werden. Ein Beispiel innerhalb der Provokativen Therapie wären die Werke von Noni Höfner und ihrer Tochter, Charlotte Cordes. Ihr *Provokativer Ansatz* ist von Farrelly direkt inspiriert – Höfner hat ihn schliesslich mehrere Male getroffen und live erlebt –, ist aber auch nicht mit diesem deckungsgleich, sondern eben durch Veränderungen gekennzeichnet, die ihren individuellen Behandlungsstil widerspiegeln.

Überdies gilt, dass selbst wenn Vertreter*innen streng nach dem Konzept einer anderen Person arbeiten, dies nicht unbedingt tatsächlich so ist. Vielmehr arbeiten sie nach ihrer Interpretation desselben. Liest man Kasts Buch über die Analytische Psychologie nach C. G. Jung, so findet man darin unterschiedliche Schwerpunkte und manch andere Interpretation seiner Theorien als in anderen ähnlichen Büchern über dasselbe Thema. Gerade deshalb kann es sinnvoll sein, mehrere mögliche Verfahren derselben

Schule zu betrachten, bevor eine Entscheidung über die Auswahl der Ansätze getroffen wird, die in weiterer Folge in der HEP zum Einsatz kommen sollen.

Zur Auswahl selbst: Es empfiehlt sich, die Zahl der ausgewählten Konstrukte am geplanten Umfang des Textes auszurichten. In einer Bachelorarbeit mit 40 bis 60 Seiten werden kaum mehr als drei ausreichend ausführlich behandelte Ansätze Platz finden – weniger sollten es allerdings auch nicht sein. In einer 250-Seiten-Dissertation können indes zehn bis zwölf angewendet werden – bei entsprechend knapper Darstellung der Theorien auch durchaus mehr. Grundsätzlich sollten die Ansätze nach den Prinzipien der minimalen und maximalen Unterschiede ausgewählt werden, bei deutlicher Tendenz zu Letzteren. Das Ziel ist es schliesslich, möglichst verschiedene neue Handlungsmöglichkeiten kennenzulernen. Bei drei Ansätzen sollten diese also grundverschieden sein, bspw. die Psychosynthese nach Assagioli, die Objektbeziehungstheorie nach Donald Winnicott und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Eni Becker; bei zwölf ist es dagegen durchaus möglich, auch zwei Vertreter*innen derselben Schule in Hinblick auf die Unterschiede im Vorgehen zu betrachten, also die Individualpsychologie nach Erwin Wexberg anhand seiner Werke aus den 1920er Jahren und die Individualpsychologie nach Bernd Rieken anhand dessen Schriften aus den 2010er Jahren. Vorsicht ist bei Schulen wie der Systemischen Therapie oder der KVT geboten, die Konglomerate zahlreicher einzelner Ansätze sind, die gesammelt und erweitert wurden. Sofern möglich, sollte der Fokus auf ein einzelnes Verfahren im grossen Gebilde gelegt werden. Die Auswahl sollte übrigens nicht nur aufgelistet, sondern auch begründet werden, also warum gerade dieser Ansatz nach jener Person ausgewählt wurde. Dies ist auch für die spätere Reflexion hilfreich.

Am Ende des Auswahlverfahrens sollte noch die konkrete Forschungsfrage formuliert werden, also die Frage danach, wie das Phänomen (in der zuvor erarbeiteten Definition) aus den Perspektiven der konkreten Ansätze betrachtet wird und welche Handlungsmöglichkeiten sich daraus ergeben.

Eigentliche Durchführung der Methode

Nach dem Finden und Definieren des zu untersuchenden Phänomens, der Auswahl und Begründung der Auswahl der psychotherapeutischen Ansätze und zuletzt dem Formulieren einer Forschungsfrage, gilt es im nächsten Schritt, das Vorhaben in die Tat umzusetzen. Aus rein pragmatischen Gründen wird empfohlen, die verschiedenen Ansätze nacheinander zu bearbeiten, nicht gleichzeitig, da es sehr herausfordernd sein kann, sich in eine einzelne psychotherapeutische Konstruktion zu begeben und die Welt aus ihren Augen zu betrachten, wobei dies sicherlich von Person zu Person und je nach bisherigen Ausbildungen und Erfahrungen unterschiedlich ist. Das gleichzeitige Bearbeiten würde jedenfalls eine deutlich grössere Herausforderung darstellen.

Ist das erste Verfahren ausgewählt, nehmen wir z. B. die Analytische Psychologie nach Verena Kast, kann es losgehen. Zunächst ist es sinnvoll, sich mit den grundlegenden Theorien und Konzepten der Schule vertraut zu machen. Hierzu kann bspw. Primärliteratur etwaiger Schulgründer*innen oder auch von Entwickler*innen einzelner Konzepte innerhalb grosser Schulen wie die Systemische Therapie oder die KVT herangezogen werden, in unserem Beispiel wären das die Werke C. G. Jungs, aber auch ergänzend Sekundärliteratur für ein fundierteres Verständnis der Methode, bspw. diverse Einführungen in die Analytische Psychologie oder entsprechende Lexika und Wörterbücher. Neben den theoretischen Konzepten sollte das Augenmerk hierbei auch auf die praktische Umsetzung der Methode liegen, um die grundlegenden Handlungsmöglichkeiten der Schule kennenzulernen und ein erstes Gefühl für die therapeutische Praxis nach der Schule zu entwickeln. Sinnvoll kann es übrigens bereits an der Stelle sein, einige Seiten der Forschungsarbeit zu verfassen, die bspw. eine kurze Biografie etwaiger Schulgründer*innen bzw. eine kurze Entstehungsgeschichte der Schule enthalten, sowie die Grundideen, Konzepte, Theorien und Techniken bzw. Interventionen auf wenigen Seiten verdichtet. Es kommt nicht darauf an, die Schule möglichst vollständig und umfangreich zusammenzufassen, sondern vielmehr darauf, die zentralen Begrifflichkeiten zu kennen, v. a. mit Blick auf das spätere Umlegen der Theorie auf das Phänomen. Im vorherigen Beispiel kann es also sinnvoll sein, Jungs Biografie, die zentralen Konzepte des Unbewussten, des kollektiven Unbewussten, der Archetypen, der Komplexe und weiterer zu erläutern und eventuell kurz darauf einzugehen, wie Analytische Psycholog*innen in der Praxis arbeiten, bspw. anhand der Techniken der Imagination oder der Traumdeutung. Ein Fokus kann hierbei bereits auf der Behandlung von Ängsten liegen, muss es aber noch nicht. Dies folgt ohnehin im nächsten und v. a. im übernächsten Schritt.

Denn unmittelbar daran anschliessend sollte der Fokus auf das Konzept des*der ausgewählten Vertreter*in und dessen*deren Publikationen gelegt werden, in unserem Beispiel also auf jenes von Kast, das sie in ihren Büchern explizit ausformuliert. Auch hier ist ein Überblick über die Grundlagen des gesamten Konstrukts empfehlenswert, nicht nur hinsichtlich der Unterschiede zum Ansatz etwaiger Schulgründer*innen wie Jung, sondern v. a., um ein Gefühl für die Methode zu entwickeln. Der darauffolgende Hauptteil der Arbeit besteht nämlich darin, sich in den Ansatz hineinzuversetzen und durch dessen Brille das zu untersuchende Phänomen zu betrachten. Wie würde also Kast die Soziale Phobie betrachten? Welche Theorien, welche Konzepte stehen dahinter? Wie werden die Ausdrucksformen der Sozialen Phobie interpretiert? Wie würde sie die Störung behandeln? Je nach Ansatz und Phänomen können die Fragen variieren, sollten sich aber stets nach dem Erforschen der Handlungsmöglichkeiten ausrichten.

Manche der Fragen werden in den Texten möglicherweise direkt und explizit behandelt, so könnte bspw. ein Buch oder ein anderer Fachtext über die Angst von Kast

existieren, in der sie die Soziale Phobie sowie die Theorie dahinter und ihre Behandlungsmöglichkeiten direkt beschreibt. In der Mehrzahl der Fälle wird es allerdings notwendig sein, einen eigenen Weg zu finden bzw. zu entwickeln. Hierfür stehen mehrere Hilfsmittel zur Verfügung. So kann die schulenspezifische Fachliteratur anderer Autor*innen nach möglichen Herangehensweisen an das Phänomen durchsucht werden, um sie dann auf die Kompatibilität mit dem Konzept zu prüfen, durch dessen Brille man selbst gerade blickt. Findet man bspw. eine Passage über eine Behandlung einer Sozialen Phobie durch einen anderen Analytischen Psychologen, so könnte man dessen Vorgehensweise auf Kompatibilität mit Kasts Ansatz prüfen und ggf. so umsetzen, dass sie die Handlungsmöglichkeiten formuliert haben könnte. Existieren solche Alternativen nicht, dann besteht die Möglichkeit, vergleichbare Phänomene, die in Kasts Schriften tatsächlich behandelt werden, heranzuziehen, um Aussagen daraus abzuleiten, die sich auf das untersuchte anwenden lassen. Sofern sie also eine andere ähnliche Angststörung, bspw. die Erythrophobie, behandelt, könnte man das Konzept entsprechend modifizieren, wobei darauf geachtet werden muss, dass sie tatsächlich vergleichbar sind. Existiert auch kein Konzept eines ähnlichen Phänomens, deren Aussagen man ableiten könnte, besteht noch ein alternativer Weg, der eine Mischung aus Rollenübernahme und Improvisieren darstellt. Damit ist das Hineinversetzen z. B. in Kast und das Formulieren einer Konzepterweiterung, die auf ihrem Ansatz basiert und von ihr stammen könnte, gemeint. Natürlich ist es auch denkbar, gleich den zuletzt vorgeschlagenen Pfad der Kreativität zu betreten. Hier ist es besonders wichtig, sich in die andere Person, also im aktuellen Beispiel in Kast, hineinzuversetzen, wofür man den Ansatz sehr gut kennen sollte.

Ist auch der Teil gelungen, so sollte am Ende eine Beschreibung des Phänomens aus Sicht des Ansatzes resultieren, wobei natürlich auch zwei oder drei potenzielle Wege existieren können, die jeweils beschränkt werden. Hier könnte bspw. im Falle der Sozialen Phobie mit Kast argumentiert werden, dass Komplexe durch konflikthafte bzw. traumatische Beziehungserfahrungen entstehen, die abgespaltet oder verdrängt werden, und sich bei einer Triggersituation konstellieren, also ausgelöst werden, wodurch die Person mit einem lebensgeschichtlichen Überhang reagiert, also heftig und unkontrollierbar. Das Auftreten starker Angstgefühle in Kombination mit einer angstbasierten Überreaktion in bestimmten sozialen Situationen könnte auf einen solchen Komplex hinweisen, auf den man in der Therapie den Fokus legen und bspw. mit der Technik der Traumdeutung entschlüsseln könnte. Ein alternativer Zugang könnte über den Archetypus der zerstörenden Horde verlaufen, dessen Antagonist, der Archetypus der schützenden Gemeinschaft, die Angst lindern kann, wenn man sich auf ihn besinnt. Dieses sehr stark vereinfachte Beispiel soll die Richtung aufweisen, in die eine solche Untersuchung gehen kann. Es sind aber auch unzählige andere Möglichkeiten und kreative Herangehensweisen an die jeweilige Thematik denkbar. An

der Stelle scheint abermals der Hinweis wichtig zu sein, dass der Weg hier lediglich ein Vorschlag ist und auch viele andere viable Wege bestehen.

Was mit einem Ansatz geschehen ist, soll nun auch mit den anderen durchgeführt werden. Am Ende soll das Phänomen aus Sicht aller Ansätze betrachtet und die jeweiligen Handlungsmöglichkeiten erarbeitet worden sein. Damit wäre der Hauptteil geschafft.

Reflexion

Am Ende des psychotherapiewissenschaftlichen Stücks folgt die Reflexion. Darin sollen die Ergebnisse und die Wege dahin kritisch betrachtet werden sowie die Eignung der einzelnen Handlungsmöglichkeiten, das eigene psychotherapeutische Konstrukt zu erweitern. Nicht jeder behandelte Ansatz eignet sich für jede Person. Manche wirken sympathischer, manche weniger, gelegentlich sind es die Autor*innen, die ein Konzept eher ablehnend wirken lassen, und immer wieder finden sich Interventionen, die einander auf irgendeine Weise ähneln. So sind bspw. die Paradoxe Intention, die Paradoxe Intervention, die Symptomverschreibung und die Herausforderungen der Provokativen Therapie einander durchaus nicht unähnlich.

Wird eine Technik positiv und als viabel wahrgenommen, kann sich das auf die Wahrnehmung der anderen Interventionen auswirken. Auch kann und will nicht jede Person einzelne Techniken anwenden. Ich persönlich könnte bspw. keine Systematische Desensibilisierung anwenden, weil ich damit tendenziell Negatives assoziiere, was ich erst durch die Reflexion meiner eigenen HEP-Forschung erkannt habe. Das Ziel ist in jedem Fall, die Handlungsmöglichkeiten kritisch zu beleuchten und v. a. die Hintergründe etwaiger Ablehnung einzelner Vorgehensweisen tiefgehend zu betrachten. Nicht nur einmal hat sich bei mir dadurch eine Antipathie von der Methode auf den*die Autor*in verlagert, weshalb ich die Methode anschliessend bei anderen Autor*innen studiert und festgestellt habe, dass sie doch möglicherweise viabel sind und ich sie in geeigneten Situationen anwenden würde.

Verschriftlichen

Am Ende folgen nun Ratschläge für einen Aufbau der Arbeit. Eine mögliche Struktur der Publikation oder Abschlussarbeit könnte wie folgt aussehen:

Nach einer allgemeinen Einleitung in die Thematik könnte der Theorieteil aus der Aufarbeitung des Phänomens bestehen. Wird in einer akademischen Abschlussarbeit also die Soziale Phobie im Zentrum der Betrachtungen stehen, so könnten im Theorieteil die Diagnostik (ICD-11, DSM-V, OPD-2 etc.), die Ätiologie, die Prognostik sowie psychologische, soziologische oder medizinische Perspektiven darauf behandelt werden. Auch ist es möglich, einige psychotherapeutische Sichtweisen einzubringen, sofern die Ansätze nicht ohnehin im prak-

tischen Teil vorkommen werden. Ziel des Theorieteils ist es jedenfalls, eine Definition, wie in diesem Artikel beschrieben, zu erarbeiten. Der Theorieteil muss dabei nicht übermässig lang sein, aber ausführlich genug, um eine fundierte Einführung in das entsprechende Phänomen liefern zu können.

Im empirischen Teil der Arbeit sollte zunächst die Forschungsmethode, also die HEP, vorgestellt, die Fragestellung explizit formuliert sowie die Ansätze inkl. der Begründung der Auswahl dargelegt werden. Anschliessend habe ich die weiteren Unterkapitel je Ansatz wie folgt strukturiert:

1. Eine Einführung in die Schule inkl. kurzer Biografie der Gründerfigur (oder Geschichte der Schule bei Konglomeraten wie die KVT) sowie das kurze Darstellen der Kerntheorien und -begrifflichkeiten. Auch ein Absatz zum heutigen Stand der Schule (Verbreitung, bedeutende Vertreter*innen, Organisationsstruktur) ist darin oft enthalten. Im Beispiel zuvor wäre dies also eine kurze Biografie C. G. Jungs, die Zusammenfassung seines Ansatzes inkl. der Kernkonzepte wie Komplexe, Archetypen etc. und ein Vermerk auf die globale Organisationsstruktur der Analytischen Psychologie sowie bedeutende Vertreter*innen, zu denen eben auch Kast gehört. Hier ist die Überleitung zum nächsten Abschnitt.
2. Eine Einführung in den konkreten Ansatz, der ausgewählt wurde. Dazu gehört ggf. erneut eine Kurzbiografie der Person (Anm.: Biografien geben manchmal relevante Hinweise auf Theorien und erfahrungsbasierte Veränderungen der Konzepte) sowie das verdichtete Vorstellen des Konzepts. Hier ist ein wenig Feingefühl gefragt, um bedeutsame Aspekte hervorzuheben, ohne sich zu wiederholen. Z. B. könnte der Fokus verstärkt auf Konzepte rund um das Phänomen gelegt werden oder auf die Praxis oder auf eine tiefergehende Darstellung der im ersten Unterkapitel bereits erläuterten theoretischen Konzepte. Bspw. kann hier das Konzept von Kast mit einem deutlicheren Schwerpunkt auf die Komplexe erläutert oder die praktische Anwendung mehr in den Vordergrund gerückt werden. Natürlich kann der Fokus auch auf die Unterschiede ihrer Konzeption im Vergleich zu jenen Jungs gelegt werden. Ist das getan, folgt der dritte Abschnitt.
3. Nun geht es an das Phänomen, hier also bspw. an die Soziale Phobie. Ich habe an der Stelle immer mit einem kurzen Überblick über bereits existierende schulenspezifische Literatur zum jeweiligen Thema begonnen, anhand derer ich mögliche Wege der Interpretation des Phänomens aus Sicht des Ansatzes aufgezeigt habe, die im vierten Schritt dann ausformuliert wurden, was zu diesem führt.
4. Der beschrittene Weg bzw. die beschrittenen Wege werden hier nun ausführlich formuliert. Das kann nun eine theoretische Abhandlung sein, bspw. über die Interpretation von Komplexen im Kontext der Sozialen Phobie, eine Falldarstellung über eine Person, die an einer Sozialen Phobie leidet und von einer bspw. Analytischen Psychologin behandelt wird (dies

muss kein echter Fall sein, jedoch zumindest eine reale Person und eine [Be-]Handlung, die in Kasts Werken anhand ihrer zahlreichen Falldarstellungen abgeleitet wird), oder eine andere Form der Umsetzung. Im Fall der psychodramatischen Therapie habe ich bspw. eine einzige doppelstündige Behandlungseinheit ausführlich beschrieben inkl. der theoretischen Erklärungen, welche Intervention auf welche Weise beim untersuchten Phänomen wirkt. Bei der Analytischen Psychologie führte ich verstärkt die theoretischen Konzepte Kasts an und erläuterte sie anhand kurzer Fallvignetten. Auch hier bestehen viele viable Wege.

5. Am Ende habe ich stets eine kurze Zusammenfassung je Ansatz formuliert, die einerseits helfen, die Handlungsmöglichkeiten noch einmal in expliziter Kurzform darzustellen, und andererseits für das abschliessende Fazit eine wertvolle Unterstützung sind.

Am Ende der Abschlussarbeit folgen noch Zusammenfassungen und Reflexionen. Einerseits auf der Handlungsebene, also welche Handlungsmöglichkeiten beim Phänomen erarbeitet wurden. Damit soll zugleich die Forschungsfrage beantwortet werden. Und andererseits eine persönliche Reflexion derselben, also wie man selbst jene erarbeiteten Umsetzungen wahrnimmt, und ob sie für die eigene Praxis relevant sind oder sein könnten – das hat schliesslich auch viel mit der einen Person zu tun.

Abschliessend möchte ich noch darauf hinweisen, dass ich die hier beschriebene praktische Umsetzung der HEP in meinem Buch *Eco-Anxiety in Psychotherapiewissenschaft und -Praxis* exemplarisch umgesetzt habe und verweise gern auf die Monografie für weiterführende Informationen. Alternativ bin ich auch direkt via E-Mail erreichbar, sollten Fragen, Anmerkungen oder Kritik bestehen.

Action-possibility-expanding psychotherapy science (Part 2) Practical research implementation

Abstract: The action-possibility-expanding psychotherapy science represents a separate psychotherapy science approach. Building on an extended concept of science theory based on Ernst von Glasersfeld's Radical Constructivism, a praxeology

is formulated. In the research-practical implementation, a phenomenon is first defined as generally as possible, yet precisely, several psychotherapeutic approaches are selected, and finally the phenomenon is considered from the respective perspective and the possibilities for action are elaborated. And last but not least, the results are summarized and reflected upon with regard to the personally assessed viability.

Keywords: Psychotherapy science, praxeology, radical constructivism, schemas, possibilities for action, possibilities for action-expanding psychotherapy science

La scienza della psicoterapia che amplia le possibilità di azione (parte 2) Implementazione pratica della ricerca

Riassunto: La scienza della psicoterapia che si espande con l'azione rappresenta un approccio scientifico separato alla psicoterapia. Partendo da un concetto esteso di teoria della scienza basato sul costruttivismo radicale di Ernst von Glasersfeld, viene formulata una prassi. Nell'implementazione della ricerca-pratica, un fenomeno viene prima definito nel modo più generale possibile, ma preciso, vengono selezionati diversi approcci psicoterapeutici, e infine il fenomeno viene considerato dalla rispettiva prospettiva e vengono elaborate le possibilità di azione. Infine, ma non per questo meno importante, i risultati vengono riassunti e riflettuti in relazione alla fattibilità valutata personalmente.

Parole chiave: scienza della psicoterapia, prasseologia, costruttivismo radicale, schemi, possibilità di azione, scienza della psicoterapia che amplia le possibilità di azione

Der Autor

Dr. Dr. *Paolo Raile*, MSc., studierte Psychotherapiewissenschaft, Soziale Arbeit und Europäische Ethnologie. Er ist Autor wissenschaftlicher Texte, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Lebens- und Sozialberater sowie Gründer und Leiter zweier psychosozialer Organisationen in Wien.

Kontakt

paolo@raile.at

Science psychothérapeutique élargissant les possibilités d'action (Partie 2)

Mise en œuvre pratique de la recherche

Paolo Raile

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 93–94

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-93>

Mots clés : science psychothérapeutique, praxéologie, constructivisme radical, schémas, possibilités d'action, science psychothérapeutique élargissant les possibilités d'action

La première étape consiste à définir l'objet concret de la recherche de la manière la plus générale possible (dans le sens où il n'est pas spécifique à une discipline), tout en restant précis, comme je l'ai déjà fait dans la section précédente pour Eco-Anxiété. L'objectif est de formuler une description des contenus perceptifs à étudier qui ne contienne pas de termes spécialisés d'une école psychothérapeutique particulière. Le mot inconscient, par exemple, renvoie, selon la manière dont il est utilisé, à une base de départ de la psychologie des profondeurs, qu'il faut éviter parce que, suivant l'approche, on veut considérer l'objet de la recherche du point de vue d'une école dans laquelle il n'existe pas de concept d'inconscient. S'il n'est pas possible de faire autrement, l'application d'autres concepts au phénomène étudié nécessite un travail de traduction afin de le décrire dans les termes de l'école concernée. Par exemple, si l'on souhaite étudier l'émergence des théories du complot Covid sur les réseaux sociaux, il est facile de partir d'un système auto-renforçant, mais l'objet de la recherche doit être formulé de telle sorte que la perspective unipersonnelle de la psychanalyse classique, par exemple, puisse le traiter sans problème, ou une approche existentielle.

Une fois l'objet de la recherche trouvé et une définition de travail formulée, vient la question de recherche, pour laquelle il faut encore faire un peu de travail préparatoire. En effet, il est impossible et surtout inutile d'envisager un phénomène sous l'angle de toutes les constructions psychothérapeutiques possibles, c'est pourquoi une restriction doit être faite. En fonction de l'ampleur du projet de recherche et de la publication prévue, il convient de sélectionner au moins trois et au maximum douze approches psychothérapeutiques, en appliquant les principes des différences minimales et maximales. Moins il y a d'approches étudiées, plus la tendance devrait être à la différence maximale, afin d'obtenir des schémas et des constructions aussi différents que possible. Dans l'idéal, on utilise comme approche la construction (ou les textes) d'une seule personne, représentative d'une école donnée, et dont la théorie peut être appliquée à l'objet étudié. Cela

peut varier considérablement en fonction de l'objet de la recherche, c'est pourquoi une recherche préalable est utile pour trouver et définir de telles approches. Ensuite, la question de recherche peut être formulée, qui contient d'une part la définition mentionnée ci-dessus, et d'autre part les approches choisies, y compris les personnes à partir desquelles l'analyse ultérieure sera effectuée.

Une fois la question de recherche posée, la recherche proprement dite peut commencer. Pour ce faire, l'objet de la recherche est plongé dans la construction, par exemple les traumatismes transgénérationnels dans l'analyse existentielle et la logothérapie à l'aide des œuvres de Viktor Frankl, puis dans la thérapie narrative selon Michael White et enfin dans l'hypnothérapie telle qu'elle est décrite par Milton Erickson. Les sources primaires de la recherche devraient alors être les paroles des personnes concernées elles-mêmes, mais la littérature secondaire peut aider à interpréter de manière viable les schémas des auteurs* et à prendre en compte des aspects auxquels on n'avait pas pensé au départ, parce qu'on est soi-même dans un monde construit et qu'il n'est pas toujours facile de se mettre à la place d'autrui, surtout s'il a un point de vue très différent sur la réalité.

Après avoir plongé l'objet de l'étude dans plusieurs approches, on obtient idéalement des affirmations très différentes. Il s'agit maintenant d'y réfléchir en tenant compte de ses propres constructions. L'objectif est de créer de nouveaux schémas, formés à partir d'affirmations pertinentes, et d'élargir son propre champ d'action. Dans le meilleur des cas, les lecteurs* trouvent également de nouveaux points de vue et de nouvelles possibilités qui élargissent leurs propres possibilités et leur permettent d'être plus flexibles dans leur travail pratique. Un autre bénéfice est la réflexion sur la base théorique ainsi que la comparaison de plusieurs affirmations de ce type entre elles, qui peuvent révéler les bases intellectuelles implicites des approches. Pour cette étape, je vous renvoie au vaste pool de méthodes de Greiner, qui constitue un complément extrêmement précieux à la démarche expliquée ici.

Der Autor

Le Dr. Dr. *Paolo Raile*, MSc. a étudié la science psychothérapeutique, le travail social et l'ethnologie européenne. Il est l'auteur de textes scientifiques, psychothérapeute, travailleur social, conseiller de vie et social ainsi que fondateur et directeur de deux organisations psychosociales à Vienne.

Kontakt

paolo@raile.at

Buchbesprechungen – Recensione del libro

Veneziani, M. (2022).

Scontenti. Perché non ci piace il mondo in cui viviamo
Marsilio Nodi, 176 Pagine, 20.00 CHF, 17.10 EUR
ISBN: 978-8829716470

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 95

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-95>

In questo saggio Marcello Veneziani ci propone una visione cruda e una profonda analisi ricca di dettagli, citazioni auliche circa il nostro stato d'animo che governa il nostro stare all'interno della società. Pertanto odio, narcisismo o atteggiamenti negativi non rappresentano che dei sintomi di superficie visibili e scomodi. Per l'autore si tratterebbe dunque di uno stato epocale che ci corrode e che ci spinge verso l'insoddisfazione. Egli distingue scontenti da infelici, malinconici o inquieti. La scontentezza, come sostiene Veneziani, è il punto di partenza. Così come l'insoddisfazione genera dipendenza e arricchisce chi fabbrica desideri. Tale scontentezza si rivolge in primis verso noi stessi e ci spinge a cercare appigli e conforti esterni. Questo processo finisce per generare una dipendenza, un cambio di paradigma del rapporto tra scontentezze private e malcontento pubblico, sociale e politico, per poi tornare di nuovo alla sfera intima. Lasciata a sé stessa, dice Veneziani, la scontentezza ci dispone all'isolamento, ci allontana dagli altri in un misto di senso di inadeguatezza e narcisismo, amore di sé e insicurezza fino ad arrivare ad una self-life. Ciascuno a modo suo: in un certo qual modo lo scontento accomuna e costruisce una causa comune. Così la parabola della scontentezza si può scandire in tre tappe: depressione, esplosione, oppressione. La prima individuale, la seconda sociale e la terza istituzionale. In questo senso si può essere scontenti di sé, del proprio corpo, della propria età, del proprio sesso, della propria famiglia, del proprio ambiente, delle aspettative di vita, dei desideri. Scontenti nello scoprirsi imperfetti, carenti, dipendenti, mortali, vecchi. Il tutto ci fa dimenticare come la lista appena fatta sia anche un elenco della nostra umanità. Lo scontento, in realtà, è presente in ciascuna età. Si tratta di un allontanarsi da una ipotetica vita autentica. Quindi lo scontento diventa un alienato consapevole che vive una scissione tra essere e dover essere; tra realtà e la volontà, tra l'io e la vita. Si sviluppa un'idea di essere di più di quel che la vita mi dà, di valere di più di quel che si riceve. Paul Valéry lo descrive come l'idea di essere caduti in una trappola, di aver creduto e di essere stato giocato, di essere votato ad una rabbia impotente, in balia di un potere barbaro e ingiusto.

La scontentezza, afferma ancora Veneziani, non si misura con l'agiatezza, ma si misura nel rapporto tra ciò

che si ha e ciò che si desidera, nel divario tra pretese e realtà. In tale divario psicologico, l'uomo cade e investe tutto poiché il suo orizzonte di aspettative va oltre ciò che possiede. Il disagio, lo spaesamento che ne derivano, radicano lo scontento e lo rendono permanente e non passeggero o occasionale.

Per Schopenhauer la scontentezza è il più amaro di tutti i dolori: è l'immane conseguenza del non conoscere la propria individualità, della falsa presunzione e della temerarietà che ne deriva. Una possibile via d'uscita ci viene data dall'accettare la propria imperfezione, assumerla su di sé, modificando per quel che è possibile la situazione e dedicarsi a migliorare la propria esperienza di vita e a superare o addomesticare il disagio di vivere. La domanda sorge spontanea: non è questo ciò che può capitare all'interno delle nostre psicoterapie? In questo modo si cerca di dare una transitorietà allo scontento per farlo uscire da uno stato di permanenza e irreversibilità. Il libro è anche disponibile in formato e-book.

Mara Foppoli

Rumpel, S., Stulz-Koller, A., Leuzinger-Bohleber, M. & Hauser Grieco, U. (Hg.) (2022).
Weiterleben nach Flucht und Trauma. Konzepte für die Arbeit mit besonders vulnerablen Geflüchteten
Psychosozial-Verlag, 328 S., 50.90 CHF, 39.90 EUR
ISBN: 978-3-8379-3219-5

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 95–96

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-95b>

In diesem Buch werden die «aacho»¹-Projekte in der Schweizer Flüchtlingshilfe praxisnah vorgestellt. In diesen Projekten wird versucht, Geflüchtete aus aller Welt mit verschiedenen psychotherapeutischen, psychosozialen und medizinischen Angeboten zu unterstützen. Das Anliegen des Buchs ist es, andere Gruppen, vor allem in der Schweiz, dazu zu motivieren, sich für Geflüchtete einzusetzen.

Am 24. Februar 2022 begann der Ukrainekrieg. Die Buchmanuskripte, die im April abgegeben werden mussten, konnten aus Zeitgründen nicht mehr abgeändert werden, um auch auf die Auswirkungen dieses Krieges einzugehen. Das gelang nur im einführenden Teil.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert. Der einführende Teil enthält Überlegungen zu Trauma, Flucht und Migration als Signaturen unserer Zeit, Ausführungen zum Umgang mit Geflüchteten und Migrant*innen in der

1 Schweizerdeutsch: ankommen.

Schweiz, Psychoanalytische Konzepte und Erfahrungen in der Betreuung traumatisierter Geflüchteter wie auch ethnopsychanalytische Reflexionen zu inneren und äusseren Migrationsprozessen. Der zweite Teil ist der Beschreibung der «aacho»-Projekte gewidmet und enthält die Ergebnisse einer Pilotstudie zum gruppentherapeutischen Angebot «aacho» für geflüchtete Mütter mit Kleinkindern. Im dritten Teil werden zwei Partnerprojekte vorgestellt.

Die Beiträge im Buch stammen von *Anna von Dittfurth, Ursula Hauser Grieco, Barbara Hirsbrunner, Anina Hofer, Sandra Hotz, Frederike Kienzle, Bernhard Küchenhoff, Marianne Leuzinger-Bohleber, Lukas Meyer, Alberto Moreno, Fabienne Omlin, Hannah Ospelt, Martina Ottiger, Stefanie Ruef, Gianna Rumpel, Sandra Rumpel, Marc Schmuziger, Antonia Stulz-Koller, Amina Trevisan, Laura Wade-Bohleber und Agnes von Wyl.*

Im einführenden Teil wird erörtert, dass die Themen Migration und Flucht so alt wie die menschliche Zivilisation sind. Migrationsströme werden in Zukunft weiter nach Europa führen, sei es kriegsbedingt oder aufgrund von Naturkatastrophen. Migrationsthemen sind immer Trauer über das Verlorene, Entwurzelung, Fremdsein am neuen Ort, Neuorientierung in einer anderen Kultur. Nicht zwingend muss Migration zu einer Traumatisierung führen, das hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Oft aber führt sie zu einer solchen, insbesondere wenn die Flucht kriegsbedingt war. Wichtig ist es, ein geeignetes Angebot an psychischer und sozialer Unterstützung bereitzustellen im neuen Land, aber auch die Einstellung im Aufnahmeland gegenüber Geflüchteten. So ist in der Schweiz ein bedeutender Unterschied vorzufinden in der Einstellung zu Geflüchteten aus der Ukraine gegenüber solchen aus Afrika, dem Orient oder auch Asien.

Im Kapitel «Zum Umgang mit Geflüchteten und Migrant*innen» wird auf die rechtliche Situation in der Schweiz eingegangen, die Lebensumstände von «Sans Papiers» beleuchtet, und das Recht auf Gesundheit von Flüchtlingskindern erörtert wie auch deren besonderen Schutzstatus, den sie geniessen.

Das Kapitel «Psychoanalytische Konzepte» beschreibt aus psychoanalytischer Sicht die Bedeutung von Flucht und Migration und was diese mit sich bringen. Es schildert Erfahrungen in der psychotherapeutischen Behandlung traumatisierter Geflüchteter im «Step-by-Step»-Projekt mit illustrierenden Fallbeispielen.

In einem weiteren Kapitel des einführenden Buchteils werden aus ethnopsychanalytischer Sicht äussere und innere Migrationsprozesse reflektiert. Fallvignetten aus verschiedenen Ländern ergänzen diese Reflexionen.

Der zweite Teil ist der Beschreibung der «aacho»-Projekte gewidmet, die 2015 von einem Zürcher Team von Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen, einer Sozialpädagogin, einem Sozialpädagogen, einer Psychomotoriktherapeutin, einer Berufsberaterin sowie klinisch auszubildenden Psychotherapeut*innen begründet wur-

den, um Geflüchtete durch verschiedene Angebote zu unterstützen.

Es wird die Entstehungsgeschichte geschildert, wie auch die Erfahrungen mit Gruppentherapie und dem psychotherapeutischen Vorgehen. Es wird Einblick gewährt in den Alltag dieser Projekte, verbunden mit eindrücklichen Fallschilderungen. Die Arbeit mit Geflüchteten verschiedenen Alters von Kindern, vom Baby bis zu Adoleszenten wird beschrieben, auch was es heisst, zwischen zwei Kulturen aufzuwachsen, zwischen diesen Kulturen Frau bzw. Mann zu werden.

In den «aacho»-Projekten wird eine interdisziplinäre Verknüpfung von integrativen und medizinischen Therapien, Sozialpädagogik und Sozialarbeit umgesetzt. Fallbeispiele erläutern dies. Diese Projekte werden darüber hinaus auch wissenschaftlich beforscht. Im Buch findet man die Ergebnisse einer Pilotstudie zum gruppentherapeutischen Angebot «aacho» für geflüchtete Mütter mit Kleinkindern.

Im dritten Teil des Buchs werden zwei nationale Partnerprojekte dargestellt: Behandlungsangebote für junge Klient*innen mit Fluchterfahrung in einer universitären Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Anlauf- und Beratungsstelle «Prosalute – gesundheitliche Chancengleichheit».

Das Buch gibt einen beeindruckenden Einblick in die Arbeit mit Geflüchteten. Die dargebotene Breite der Themen und die anschauliche Schilderung der Arbeitsweisen machen das Buch zu einem wertvollen Informationsband für an der Flüchtlingsarbeit Interessierte, ist aber auch geeignet, Anregungen zur Arbeit mit dieser Klientel zu vermitteln.

Peter Schulthess

**Spangenberg, E. (2023).
Dem Leben wieder trauen.
Traumaheilung nach sexueller Gewalt
Patmos, 216 S., 29.90 CHF, 18.00 EUR
ISBN: 978-3-8436-1455-9**

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 96–97
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-96>

Dieses Buch von Ellen Spangenberg richtet sich an betroffene Frauen zur Selbsthilfe. Es will verständlich machen, was ein Trauma ist und wie man damit umgehen kann. Es erscheint nun in siebter überarbeiteter Auflage und ist erstmals 2008 erschienen. Einleitend stellt die Autorin fest, dass dieses Buch keine Psychotherapie ersetzen kann, sich als Selbsthilfebuch aber dafür eignet, als eine Art Begleitbuch zu einer Psychotherapie genutzt zu werden. Es kann zu einer Psychotherapie motivieren und helfen, den Alltag leichter zu bewältigen, die Erfahrungen aus der Psychotherapie noch besser zu begreifen und Heilsames zu vertiefen. In einem ersten Teil werden gut verständliche Ausführ-

rungen zum Thema «Trauma und Traumatherapie» gegeben, gefolgt von einem zweiten Teil «Trauma und Selbsthilfe», in dem vor allem praktische Hinweise folgen. Die Autorin geht auf den Sinn und die Funktion einzelner Symptome ein und beschreibt geeignete Selbsthilfemöglichkeiten und Übungen. Dabei eignet sich das Kapitel «Heilsamer Umgang mit Symptomen» als eine Art Nachschlagewerk.

Im ersten Teil erläutert die Autorin, was ein Trauma ist, wie eine Traumatisierung entsteht und wie sich diese auf Körper und Seele auswirken. Danach geht sie spezifischer auf Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt gegen Frauen ein. In einem Exkurs widmet sie sich der Rechtslage und -entwicklung der letzten Jahre.

Zentral sind ihre Ausführungen, wie sich die erfahrene Gewalt im Gehirn eingräbt. Sie erläutert den Begriff des «Traumagedächtnisses» und wie es zu Flashbacks kommen kann. Dissoziation beschreibt sie als übliche Bewältigungsstrategie traumatisierender Erfahrungen. Körperliche Schmerzen, Symptome und Erkrankungen als Traumafolge werden ebenso erörtert. Die psychischen Folgen wie Schlafstörungen, Ängste, Depression, Schuld- und Schamgefühle, Suchtverhalten und Essstörungen, aber auch Suizidalität und die Auswirkungen auf soziale Beziehungen und Arbeitsfähigkeit werden anschaulich und verständlich dargestellt. Es folgen Ausführungen zu verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, die als Folgereaktionen verstanden werden können.

Den Schlusspunkt des ersten Teils bildet das Kapitel «Traumatherapie – Heilung ist möglich». Hierin schildert Spangenberg die verschiedenen Phasen der traumatherapeutischen Bearbeitung, um die Motivation zu einer Psychotherapie zu fördern. Die Lesenden erhalten ein anschauliches Bild, wie eine Therapie abläuft und was dort geschieht. Hilfreiche Übungen und Fallbeispiele dienen zur Illustration.

Im Sinne eines Selbsthilfebuchs ist der zweite Teil besonders hilfreich gestaltet. Er gibt eine Fülle von Tipps, Hinweisen und Übungen, wiederum illustriert mit Fallbeispielen. Die Übungen zielen allesamt auf den Umgang mit den Symptomen ab: Schlafstörungen, Ängste, Panik, Phobien, Selbstberuhigung, Depression, Schuld- und Schamgefühle abbauen, Wut nicht mehr nach innen richten, Beziehungen verbessern, Suchtverhalten in den Griff bekommen, Essstörungen abbauen, mit körperlichen Schmerzen umgehen und weitere.

Das Buch schliesst mit Ausführungen zum Umgang mit suizidalen Krisen und ermuntert dazu, gegebenenfalls auch die Hilfe einer psychiatrischen Klinik in Anspruch zu nehmen oder Beratungsstellen, die niederschwelliger erreichbar sind als Psychotherapieplätze. Die Pflege von Freundschaften und eines liebevollen Umfelds wie auch die Verbundenheit mit der Natur und Spiritualität nennt die Autorin als Ressourcen.

Das Buch ist nicht nur wertvoll für Betroffene, es ist auch für praktizierende PsychotherapeutInnen sehr nützlich.

Peter Schulthess

Kriz, J. (2023).
Humanistische Psychotherapie.
Grundlagen – Richtungen – Evidenz
Kohlhammer, 203 S., 49.90 CHF, 34,00 EUR
ISBN: 978-3-17-036563-6

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 97–98

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-97>

Jürgen Kriz legt mit diesem Buch einen überfälligen und wichtigen Beitrag zur Etablierung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) als einer der vier Grundorientierungen der Psychotherapie vor. Hintergrund ist die Kritik des deutschen Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBR) in seinem Gutachten von 2018 an der HPT, dass sie gar kein einheitliches Verfahren sei und ausserdem die einzelnen Richtungen der HPT keine ausreichende Forschung nachweisen könnten.

Überzeugend zeigt Kriz im vorliegenden Buch auf, was für gemeinsame Wurzeln die HPT und deren Ansätze haben. Er beschreibt die zur HPT zu zählenden psychotherapeutischen Ansätze und diskutiert die Forschungslage. So ist das Buch in drei Teile gegliedert.

Zuerst werden die allgemeinen Grundlagen dargelegt: phänomenologische Grundhaltung/Menschenbild, Definition, historische Entwicklung und Positionierung der HPT. Danach werden die konzeptionellen Wurzeln beschrieben: Gestaltpsychologie, (Selbst-) Aktualisierungstendenz, Begegnung und Szene, Mensch als Subjekt, therapeutische Beziehung. So wie die Verhaltenstherapie (VT) und die anderen zwei Grundorientierungen der Psychotherapie kein einheitliches Lehrgebäude aufweisen, sondern sich historisch in viele verschiedene Ansätze gegliedert haben, beziehen sie sich doch alle auf einige Grundprinzipien ihrer Grundorientierung. So auch die verschiedenen Ansätze der HPT. Es gelingt Kriz, dies in gebotener Kürze anschaulich darzulegen und so der Kritik des WBR fundiert zu entgegnen.

Zu den Ansätzen innerhalb der HPT gehören: Personzentrierte Psychotherapie, Focusing, Emotionsfokussierte Therapie, Gestalttherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Existenzanalyse/Logotherapie, Körperpsychotherapie wie auch weitere konzeptuelle Perspektiven. Der Autor skizziert diese Ansätze in ihren wesentlichen Zügen und zeigt deren Bezüge zur Grundorientierung der HPT auf. Mit der Metapher eines Baumes zeigt er, wie viele verschiedene Zweige aus der HPT hervorgegangen sind, die aber einen Baum bilden und einen gemeinsamen Stamm und gemeinsame Wurzeln haben.

Im dritten Teil des Buches setzt er sich mit der Forschung auseinander und kritisiert das immer noch vorherrschende Primat der Randomisierten kontrollierten Studie (RCT) als Goldstandard eines Wirksamkeitsnachweises. Diese Forschungsmethodik mag in der Pharmaforschung geeignet sein, passt aber in keiner Weise zum Menschenbild und relationalen Therapieprozess-

verständnis der HPT. Es kann deshalb nicht erstaunen, dass die Ansätze der HPT weniger RCTs vorzuweisen haben, da diese Forschungsmethodik der HPT schlicht nicht gerecht wird.

RCTs bevorzugt die VT, zu der dieses Forschungsdesign noch am ehesten passt. Die Logik der RCT-Forschung schliesst das Subjekt aus und ist deshalb nicht geeignet, intersubjektive Prozesse zu beforschen. Kriz zeigt dies vorerst anhand einer Unterscheidung zwischen behavioraler und humanistischer Forschungslogik auf und nimmt dann die experimentelle Logik für die Psychotherapieforschung auf den Prüfstand.

Zum Schluss diskutiert und kritisiert er die deutsche Sonderstellung der HPT. In anderen Ländern und in internationalen Lehrbüchern gilt die HPT als anerkannte vierte Grundorientierung, nur in Deutschland nicht, weil im WBR ausschliesslich Expert*innen der beiden vorherrschenden Grundorientierungen darüber entscheiden, welche Forschungsmethodik für die anderen Verfahren anzuwenden sei, um als wissenschaftlich begründet zu gelten. Dabei gibt es eine ganze Menge evidenzbasierter Erkenntnisse und Belege für die Wirksamkeit der HPT, wenn man ein breiteres Spektrum der wissenschaftlichen Forschungsmethodik zulässt.

Peter Schulthess

**van Bronswijk, K. & Hausmann, C. M. (Hg.) (2022).
Climate Emotions.
Klimakrise und psychische Gesundheit
Psychosozial-Verlag, 418 S., 65.90 CHF, 44.90 EUR
ISBN: 978-3-8379-3168-6**

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (1) 2023 98–99
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-1-98>

«Gesunde Erde – Gesunde Menschen – Gesunde Seele». So umreisst *Eckhart von Hirschhausen* in seinem Grusswort den Zusammenhang zwischen Klimakrise und seelischer Gesundheit.

Das Buch enthält Beiträge von *Georg Adelman*, *Myriam Bechtoldt*, *Lea Dohm*, *Maja Dshemuchadse*, *Anna Georgi*, *Christoph M. Hausmann*, *Stephan Heinzel*, *Rebecca Jacob*, *Laura Jung*, *Vera Kattermann*, *Carina Keller*, *Malte Klar*, *Nathali Klingen*, *Monika Krimmer*, *Pia Lamberty*, *Timo Luthmann*, *Kathrin Macha*, *Sabine Maur*, *Claudia Menzel*, *Susanne Nicolai*, *Pia Niessen*, *Christoph Nikendei*, *Till Peplau*, *Felix Peter*, *Dagmar Petermann*, *Panu Pihkala*, *Jonas Rees*, *Kaossara Sani*, *Philipp Schiebler*, *Benjamin Siemann*, *Ole Thomsen*, *Johanna Thünker* und *Katharina van Bronswijk*. Viele AutorInnen sind wie die HerausgeberInnen bei Psychologists for Future organisiert, einer dezentralen Organisation, die sich als Teil des For Future Bündnisses und der Klimagerechtigkeitsbewegung versteht. Manche AutorInnen sind gar keine PsychologInnen, sondern Fachleute aus

anderen wissenschaftlichen Disziplinen. So ist das Buch zu einem interdisziplinären Werk geworden. Es ist in vier Teile gegliedert: «Grundlagen», «Klimagefühle», «Therapie und Prävention», «Gesellschaftliches».

Der Grundlagen-Teil wird mit einem Beitrag von *Laura Jung* über die psychische und physische Gesundheit in der planetarischen Krise eröffnet. Sie beschreibt die Auswirkungen von Hitze, Luftverschmutzung und Extremwetterereignissen auf die Gesundheit. Als Zukunftsaussicht erinnert sie daran, dass manche Teile der Erde unbewohnbar werden. Umweltschutz sei kein Selbstzweck, sondern direkte und indirekte Voraussetzung für menschliche Gesundheit und Wohlbefinden. *Monika Krimmer* ergänzt das in der Psychosomatik etablierte bio-psycho-soziale Modell um eine planetare Umweltkomponente und spricht von «Planetary Health», einem Begriff den Kate Raworth geprägt hat. *Christoph Nikendei* weist auf Traumafolgestörungen im Zusammenhang mit Naturkatastrophen und Veränderungen unseres Lebensraums hin. Die Zunahme von Extremwetterereignissen wie Fluten, Dürren, Hurrikans und Waldbränden lassen eine erhöhte Migration aus klimatischen Gründen und einen damit verbundenen Anstieg von Traumatisierungen erwarten. *Jonas Rees* und *Pia Lamberty* reflektieren die Empfänglichkeit in Deutschland für Klimawandelleugnung und Verschwörungstheorien. Sie verweisen auf die Korrelate Verschwörungsmymen, Feindseligkeit, Gewaltbereitschaft, illustriert anhand einer Umfrage in der Bevölkerung im Jahr 2021. Zum Abschluss des Grundlagenteils präsentiert *Christoph M. Hausmann* eine Fallgeschichte mit einer Klientin und führt in ein besonderes Therapiekonzept (ACT) ein.

Der zweite Teil fokussiert auf Klimagefühle (Climate Emotions). Das sind klinisch bedeutsame Gefühlsreaktionen auf die für viele offensichtliche Klimakrise und deren Auswirkungen. *Panu Pihkala* beschreibt die Phänomene Klimakummer, Klimadepression und Solastalgie (ortsbezogenes Gefühl von Traurigkeit und Sehnsucht). Er präsentiert dazu den aktuellen Stand der Forschung und resümiert, wie wichtig das Erleben von Sinn und Bedeutung in der Trauerverarbeitung ist. *Stephan Heinzel* beschreibt klinische Phänomene, die sich unter dem Begriff der Klimaangst subsumieren lassen. Er sieht diese als emotionale Reaktion auf die Klimakrise. Die weltweite Forschung zeigt, dass insbesondere junge Menschen davon betroffen sind. Klimaangst lässt sich auch als Ressource für klimafreundliches Handeln nutzen. *Christoph M. Hausmann*, *Lea Dohm*, *Till Peplau* und *Kaossara Sani* untersuchen Schuld und Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Klimakrise. Sie berücksichtigen dabei die Nord-Süd-Beziehungen anhand eines Berichts einer Aktivistin aus der Sahelzone und identifizieren Schuldgefühle aufgrund des eigenen Lebensstils (Konsumverhalten), der eigenen Vergangenheit und des mangelnden politischen Engagements. Sie sprechen dem globalen Norden eine reale Verantwortung gegenüber Menschen in anderen Ländern sowie zukünftiger Generationen zu. *Susanne Nicolai* widmet sich Traurigkeit

und Angst als komplementierendem Thema von Climate Anger. Die Erfahrung von Ungerechtigkeit kann heftige Wutreaktionen auslösen. Kaum ein Gefühl ist stärker mit Aktivismus konnotiert. Aus einem Gefühl der Ohnmacht richtet sich Klimazorn gegen Regierungen. Wut ist ein starker Antriebsfaktor des menschlichen Handelns. *Kathrin Macha und Georg Adelman* beschreiben das Phänomen des Activist Burnout bzw. wie eine Bewegung und ein Planet ausbrennen. Sie beschreiben das klinische Bild des Burnout sowie Risikofaktoren dafür und referieren entsprechende Studien. Zu den Klimagefühlen gehören aber auch positive Emotionen (z.B. Freude, Stolz, Dankbarkeit, Hoffnung). *Katharina van Bronswijk, Carina Keller, Benjamin Siemann und Myriam Bescholdt* wenden sich deren Rolle und ihrer Motivationsfunktion für ein Klimaengagement zu.

Der dritte Teil des Buchs fokussiert auf Therapie und Prävention. Unter Resilienz wird die Widerstandsfähigkeit bei auftretenden Belastungen verstanden. *Felix Peter und Pia Niessen* erläutern ein ganzheitliches Resilienzverständnis, das eine individuelle und eine kollektive Ebene umfasst. *Claudia Menzel* behandelt die Bedeutung der Umwelt für individuelles und gesellschaftliches Wohlbefinden. Direkte Naturerfahrungen stärken die Bewusstheit für umweltschützendes Verhalten. *Vera Katterman* setzt sich aus psychodynamischer Sicht damit auseinander, wie Klimakrise und Hoffnung trotzdem einhergehen können. Sie rückt die Frage in den Vordergrund, wie sich tiefe Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit angesichts der Zerstörung der Ökosphäre aushalten lassen. *Nathali Kligen und Philipp Schiebler* stellen einen verhaltenstherapeutischen Ansatz zur Bewältigung der Herausforderungen der Klimakrise vor: ACT (Acceptance and Commitment Therapy). *Anna Georgi, Rebecca Jacob und*

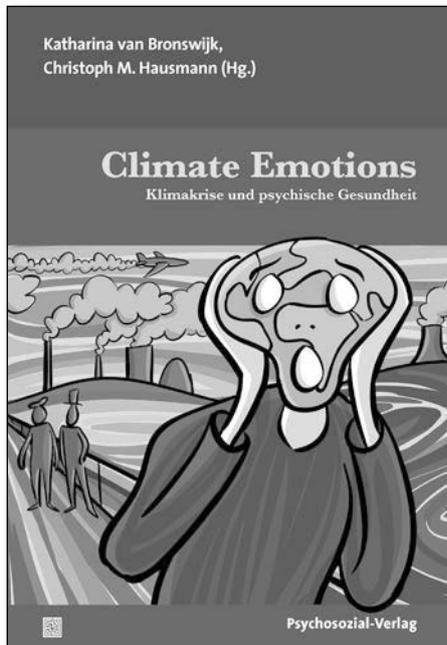
Maja Dshemuchadse erläutern systemische Perspektiven auf Klimagefühle. *Dagmar Petermann* beschreibt, wie sich Klimagefühle bei Kindern und Jugendlichen zeigen und wie Eltern und Fachleute damit umgehen können. *Timo Luthmann, Christoph M. Hausmann, und Malte Klar* reflektieren in einem «Trigespräch» Ansätze zur aktivistischen Selbsthilfe.

Im vierten Teil des Buchs, «Gesellschaftliches», finden sich drei Kapitel dazu, wie PsychotherapeutInnen sich gesellschaftlich einbringen können und sollen. *Sabine Maur* reflektiert angesichts der Klimakrise die psychotherapeutische Berufsethik und ein gesundheitspolitisches Engagement von PsychotherapeutInnen auf der Ebene von Berufsverbänden und der Psychotherapeutenkammer. *Johanna Thünker* stellt sich der Frage, was die Klimakrise für die psychotherapeutische Bedarfsplanung bedeutet. *Ole Thomsen und Katharina von Bronswijk* erörtern Implikationen für die psychosoziale Notfallversorgung.

In einem Nachwort richten *Katharina von Bronswijk und Christoph M. Hausmann* einen Appell an die psychotherapeutischen Berufsgruppen. PsychotherapeutInnen sollen sich als Fachkräfte im Gesundheitswesen der Klimarealität stellen und in persönlicher Selbsterfahrung die eigenen Klimagefühle bearbeiten. Nur so könnten sie ein haltendes Setting für die Betroffenen aufbauen und ihre therapeutischen Konzepte adaptieren.

Der vorliegende Sammelband zum Thema Climate Emotions liefert das nötige Wissen und Werkzeuge, wie in der Therapie mit Klimagefühlen umgegangen werden kann. Ich empfehle ihn allen psychotherapeutisch Tätigen zur Fortbildung.

Peter Schulthess



Katharina van Bronswijk, Christoph M. Hausmann (Hg.)

Climate Emotions

Klimakrise und psychische Gesundheit

418 Seiten • Broschur • € 44,90

ISBN 978-3-8379-3168-6

Die Klimakrise und das Artensterben sind für viele Menschen psychisch belastend. Durch sie ausgelöste Gefühle wie Wut, Angst, Trauer, Hoffnung oder Schuld können zu umweltfreundlichem Verhalten und politischem Handeln motivieren, beidem aber ebenso im Weg stehen.

Die Autor*innen bieten konkrete Umsetzungsideen und Handlungsmöglichkeiten für den beruflichen Alltag im psychosozialen Bereich. Sie beleuchten aktuelle Debatten, stellen Interventionsmöglichkeiten zum Aufbau von Resilienz vor und diskutieren berufsethische und gesellschaftspolitische Aspekte.



Sandra Rumpel, Antonia Stulz-Koller,
Marianne Leuzinger-Bohleber,
Ursula Hauser Grieco (Hg.)

Weiterleben nach Flucht und Trauma

**Konzepte für die Arbeit
mit besonders vulnerablen Geflüchteten**

Sandra Rumpel, Antonia Stulz-Koller,

Marianne Leuzinger-Bohleber, Ursula Hauser Grieco (Hg.)

Weiterleben nach Flucht und Trauma

**Konzepte für die Arbeit mit
besonders vulnerablen Geflüchteten**

325 Seiten • Broschur • € 39,90

ISBN 978-3-8379-3219-5

Die Autor*innen zeigen in einer praxisnahen Darstellung des Modellprojekts aacho, wie bindungs- und entwicklungsorientierte, kultursensible und traumaspezifische therapeutische Herangehensweisen es ermöglichen, den individuellen Bedürfnissen von Geflüchteten zu entsprechen. In einer Kombination aus systemischen und psychodynamischen Perspektiven veranschaulicht das Buch neue Wege für die Arbeit mit besonders vulnerablen Geflüchteten.



Marie-Luise Hermann

War das schon alles? Babyboomer jenseits der Lebensmitte

174 Seiten · Broschur · 22,90 €
1. Aufl. 2023
ISBN-13: 978-3-8379-3221-8

Mit hohen Erwartungen gestartet und oft auf enttäuschende Realitäten gestoßen: Die Babyboomer stehen mitten im Leben vor tausend Fragen, anspruchsvollen Mehrfachaufgaben und von allen Seiten unter Druck. Als ältere Arbeitnehmende oder frisch in Rente sowie in Ablösung von alten Eltern und erwachsenen Kindern beschäftigen sie nicht nur die Krisen des Alterns. Ihre Lebensentwürfe sind von Brüchen, Neuanfängen und Patchwork geprägt.

Obwohl die Generation der Babyboomer quantitativ so stark vertreten ist, wurde ihre Befindlichkeit bisher weder sozialpsychologisch noch psychotherapeutisch fundiert beleuchtet. Auch die psychoanalytische Entwicklungspsychologie geht unausgesprochen nur von einem Erwachsenenalter aus. Die therapeutische Erfahrung zeigt allerdings etwas anderes. Bereits ab der Lebensmitte kündigen sich die Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens deutlich an. Sie führen häufig zu Sinn- und Lebenskrisen, in denen bisherige Bewältigungsmechanismen nicht mehr funktionieren.

Marie-Luise Hermann hat sich diesen Lebensmitte-Themen gestellt. Sie zeigt Wege der Selbstreflexion im »Mittendrin« auf, um die zweite Lebenshälfte als Chance zu erkennen und die Kraft verschütteter Wünsche freizusetzen.

Mit einem Geleitwort von Brigitte Boothe.