

Personzentrierte Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive von Therapeut*innen: Eine Mixed Methods Studie

Norbert File, Vanessa Kulcar, Emily Kuntschner, Anna Zeppenfeld, Barbara Juen
Universität Innsbruck, Institut für Psychologie

Die COVID-19-Pandemie erforderte die Umstellung von Psychotherapie auf Distanzmethoden. Basierend auf quantitativen Längsschnittdaten ($N=101$) sowie Expert*inneninterviews mit elf Lehrtherapeut*innen wurden die Perspektiven von personzentrierten Therapeut*innen auf Distanztherapie untersucht. Dabei zeigten sich unterschiedliche Schwierigkeiten bezüglich der Distanztherapie, insbesondere im Hinblick auf Resonanz und Therapiebeziehung. Obwohl die Präsenztherapie aus diesen Gründen bevorzugt wurde, sahen die Befragten auch Vorteile und befürworteten die Beibehaltung der Möglichkeit von Distanztherapien als Ergänzung. Die Distanztherapie kann dabei durch ihre Niederschwelligkeit die psychosoziale Versorgung der Bevölkerung verbessern. Für eine erfolgreiche Umsetzung sind Anpassungen gegenüber der Präsenztherapie nötig. Hierfür können Lehren aus der Pandemiesituation gezogen werden, welche als Empfehlungen zusammengefasst werden.

Schlüsselworte: COVID-19, Distanztherapie, Personzentrierte Therapie, Therapeuten, Therapeutinnen

Therapists' Perspectives on Person-Centered Psychotherapy during the Covid-19 Pandemic: A Mixed Methods Study. The COVID-19 pandemic required the conversion of psychotherapy to distance methods. Based on quantitative longitudinal data ($N = 101$) and expert interviews with eleven teaching therapists, the perspectives of person-centred therapists on distance therapy were investigated. Different difficulties regarding distance therapy emerged, especially concerning resonance and the therapeutic relationship. Although face-to-face therapy was preferred for these reasons, the interviewees also saw advantages and were in favour of maintaining the possibility of distance therapy as a complementary method. Due to its low threshold, distance therapy can thereby improve the psychosocial care for the population. For a successful implementation, adaptations compared to face-to-face therapy are necessary. We summarize lessons that can be learned for the pandemic situation as recommendations.

Keywords: COVID-19, distance therapy, person-centred therapy, therapists

Einleitung

Die Corona-Pandemie führte im Frühjahr 2020 zu Eindämmungsmaßnahmen, was im März und April in einem ersten Lockdown in ganz Österreich resultierte. Davon waren auch bestimmte Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens betroffen. Vor allem psychosoziale und psychiatrische Dienste wurden massiv reduziert und weitmöglichst auf Online-Unterstützung umgestellt. Nach einer weitgehenden Entspannung der pandemischen Lage im Frühjahr und Sommer 2020 stiegen die Fallzahlen im Herbst erneut an. Im Unterschied zur ersten Welle wurden in der zweiten Welle nicht mehr grundsätzlich

alle nicht pandemierelevanten Gesundheitsleistungen heruntergefahren. Dies ist auf die Verfügbarkeit von Schutzmaterial und die größere Routine im medizinischen Umgang mit dem Ansteckungsrisiko und der Erkrankung zurückzuführen. In der dritten Welle setzte sich dieser Trend fort und durch die Impfungen wurde es möglich, immer mehr Face-to-Face Leistungen trotz steigender Infektionszahlen aufrecht zu erhalten.

Distanztherapie vor und während der COVID-19-Pandemie

Während Maheu und Gordon (2000) in ihrem Artikel Distanztherapie noch als fremd, unseriös und unvorstellbar beschreiben, ist sie durch die COVID-19-Pandemie zwei Jahrzehnte

später aktueller denn je. Die Verbreitung der Distanztherapie wurde unter anderem möglich, da Krankenkassen in Österreich erstmals Kosten für Therapie via Telefon und Internet übernahmen (Eichenberg, 2021). Therapie via Telefon oder Internet sind nur zwei der vielen Möglichkeiten, die es mittlerweile neben der klassischen Präsenztherapie gibt. So gibt es die Option von Beratung via Chat oder E-Mail, sprich asynchrone Beratungsangebote (Peelo, 2018; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011), sowie die Möglichkeit online Selbsthilfegruppen beizutreten (Eichenberg et al., 2013) oder speziell entwickelte Interventionsprogramme, Apps sowie Computerspiele zu nutzen (Eichenberg et al., 2013; Eichenberg & Küsel, 2016; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011). Darüber hinaus gibt es Virtual Reality Anwendungen (Eichenberg & Küsel, 2016). Die vielen Alternativen zur Präsenztherapie sind unter verschiedenen Namen zu finden. So ist in der Literatur von Onlinepsychotherapie, Internettherapie, Telepsychotherapie, Telefon- oder Videokonferenztherapie und Distanztherapie die Rede. Weitere Bezeichnungen sind Cyberberatung, wie auch videobasierte oder mediengestützte Psychotherapie und computerbasierte sowie internetbasierte psychologische Interventionen (Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Eichenberg, 2021; Eichenberg & Küsel, 2016; Höfner et al., 2021; Markowitz et al., 2021; Murphy et al., 2009; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011; Wenzel et al., 2020). Üblicherweise versteht sich der personenzentrierte Ansatz als stark präsenzbasierter Therapieansatz. Es ist wichtig, Klient*innen mit ihren individuellen Bezugsrahmen in ihrer Ganzheit zu erfassen und mit ihnen als konkrete Personen in Kontakt zu sein. Diesem aktiven Beziehungsaufbau wird in der personenzentrierten Therapie auch in der Theorie große Bedeutung beigemessen. Die während der COVID-19-Pandemie notwendigen Therapieformate ohne persönlichen Kontakt stehen im Gegensatz zu dieser grundlegenden Ausrichtung. Um diese Gegensätzlichkeit auszudrücken wurde der Begriff „Distanztherapie“ im Kontrast zur sonst gewohnten „Präsenztherapie“ gewählt. Distanztherapie umfasst dabei unterschiedliche Formate der Therapie, die vom sonst üblichen Präsenzformat abweichen.

Eine erste Studie zur Versorgung bei österreichischen Psychotherapeut*innen wurde während des ersten Lockdowns von Probst und Kolleg*innen (2020) umgesetzt. Sie führten eine Online-Umfrage mit 1.547 Psychotherapeut*innen durch und kamen zu dem Ergebnis, dass während der ersten Wochen des COVID-19-bedingten Lockdowns die Therapie via Telefon eine Steigerung von 979 % und die Therapie via Internet eine Steigerung von 1561 % aufwies. Ein Vergleich der Zeitpunkte ergab Folgendes: 1) Während des ersten Lockdowns wurden um 28 % weniger Klient*innen psychotherapeutisch behandelt; 2) Es wurden weniger Klient*innen im Face-to-Face Kontakt behandelt und Therapie hauptsächlich über synchrone Telemedien

(Telefon und Internet) durchgeführt. Dieser rapide Umstieg auf und Anstieg von Distanztherapie fand in Österreich und Deutschland zunächst ohne Vorbereitung und Unterstützung statt. Nur knapp ein Viertel der 174 deutschen Therapeut*innen einer Studie von Beck-Hiestermann und Kolleg*innen (2021) hatten Vorerfahrung mit Distanztherapie. Trotzdem fühlten sich Psychotherapeut*innen diesem Therapiesetting überwiegend gewachsen. Die von Höfner und Kolleg*innen (2021) befragten österreichischen Therapeut*innen gaben mehrheitlich an, mit Sprachtelefonie „sehr erfahren“ zu sein. Die Erfahrung mit Videotelefonie war geringer ausgeprägt, stieg jedoch mit der Zeit ebenfalls an. Aus Sicht der Therapeut*innen konnte gut gearbeitet werden. Die Zufriedenheitswerte waren im Vergleich zur Präsenztherapie zwar niedriger, aber trotzdem recht hoch (Beck-Hiestermann et al., 2021). Die skeptische Einstellung gegenüber der Distanztherapie verbesserte sich während der COVID-19-Krise. Während vor der Pandemie nur ein Drittel der Psychotherapeut*innen eine positive Einstellung gegenüber der Distanztherapie hatte, lag der Anteil bei einer Befragung von über 700 österreichischen Therapeut*innen im Juli 2020 bei zwei Drittel (Poltrum et al., 2021). Die Mehrheit empfand Distanztherapie zudem als nützliches Angebot während vorübergehender Krisensituationen. Bereits im Juli 2021 boten mehr als 20 %¹ der in Österreich tätigen Therapeut*innen therapeutische Behandlung auf Distanz an (Telefon, Video, E-Mail), während in einer Erhebung vor der Pandemie von Tanius und Kolleg*innen (2020) nur 4,4 % angaben therapeutische Behandlungen auf Distanz durchzuführen.

Die Therapeut*innen fanden es hilfreich für die Therapie, wenn beide Seiten mit der Technik bzw. dem verwendeten Medium ausreichend vertraut waren und sich wohl fühlten (Abbass & Elliott, 2020). Die Vertrautheit mit dem Medium zeigte darüber hinaus auch positive Zusammenhänge mit der Zufriedenheit der Klient*innen (Murphy et al., 2009) und die Wahrscheinlichkeit, Online-Beratung in Anspruch zu nehmen, war umso größer, je mehr Zeit online verbracht und relevante Geräte genutzt werden (Eichenberg et al., 2013; Murphy et al., 2009). Von 2.411 Befragten einer repräsentativen Umfrage in Deutschland gab 2010 mehr als ein Viertel an, sich vorstellen zu können, bei seelischem Leid online nach Hilfe zu suchen (Eichenberg et al., 2013). Persönliche Erfahrungen hatten 2,2 %. Diese waren überwiegend zufrieden. Zahlreiche Studien zu Distanzberatung und -therapie konnten zudem positive Wirksamkeitsnachweise erbringen (Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Bee et al., 2008; Eichenberg et al., 2013; Eichenberg & Küsel, 2016; Markowitz et al., 2021; Murphy et al., 2009; Schuster et al., 2018; Simpson & Reid, 2014). Zu den

1 Auswertung der psychotherapeutischen Settingangebote auf www.psyonline.at am 14. Juli 2021

Vorteilen der Distanztherapie gehören die Niederschwelligkeit (Gahleitner & Preschl, 2016) und die erleichterte Erreichbarkeit (Markowitz et al., 2021), vor allem für Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen (Simpson & Reid, 2014). Zudem kann Zeit- und Geldersparnis einen Vorteil darstellen (Backhaus et al., 2012; Bee et al., 2008; Simpson & Reid, 2014). Distanztherapie überwindet einige Barrieren, die ansonsten für Klient*innen zum Problem werden können (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015), wie beispielsweise die Angst vor Stigmatisierung (Bee et al., 2008; Simpson & Reid, 2014). In vielen Fällen entscheiden sich Hilfesuchende nicht zwischen Distanz- oder Präsenztherapie, sondern vielmehr zwischen Distanztherapie oder gar keiner professionellen Hilfe. Forscher*innen kommen daher zu dem Schluss: Nach ausreichender Aufklärung sollte den Bürger*innen diese Wahl überlassen und die Möglichkeit der Distanztherapie geboten werden (Hintenberger, 2012; Taniós et al., 2020).

Trotz dieser positiven Aspekte kann die Distanztherapie auch Probleme hervorrufen und bringt Nachteile mit sich. So erleben Therapeut*innen vor allem zu Beginn der Distanztherapie eine erhöhte Distanzierung und mehr Oberflächlichkeit der therapeutischen Beziehung (Höfner et al., 2021). Auch Markowitz und Kolleg*innen (2021) berichten von einer emotionalen Distanzierung und einer weniger gefühlbetonten Therapie. Dadurch, dass das nonverbale Verhalten kaum zugänglich ist, sind die Zeichen der Klient*innen schwieriger zu verstehen (Markowitz et al., 2021) und zusätzliche Signale können schlechter genutzt werden. Die Kommunikation ist rein auf das Verbale reduziert. Es kann vermehrt zu Vieldeutigkeiten kommen, wodurch das Risiko von Missverständnissen erhöht wird (Stein et al., 2011). Dadurch, dass von Klient*innen nur ein kleiner Ausschnitt zu sehen und wenig Körpersprache, Mimik und Gestik erkennbar ist, wird die dynamische und introspektive therapeutische Arbeit erschwert (Chen et al., 2020). Hinzu kommt, dass bei der videobasierten Therapie technische Störungen, wie Unterbrechungen des Videos und schlechte Tonqualität die Therapie negativ beeinflussen und unterbrechen können (Backhaus et al., 2012; Chen et al., 2020). Zudem können die vielen Stimuli am Bildschirm auf beiden Seiten zu Ablenkungen führen (Backhaus et al., 2012). In den meisten Fällen fällt es Therapeut*innen bei Distanztherapie schwer, konzentriert zu bleiben. Zusätzlich ist das lange Sitzen vor dem Computer ermüdend, vergleichbar mit einem Langstreckenflug. Dadurch wird Distanztherapie im Vergleich zur Präsenztherapie als deutlich anstrengender erlebt (Markowitz et al., 2021). Eine weitere Schwierigkeit, die sich aus der Distanztherapie ergibt, ist die Raumfindung. Für viele Klient*innen gestaltet es sich schwierig, einen ruhigen Ort zu finden, in dem sie während der Therapie ungestört sein können. Des Weiteren können Klient*innen Probleme damit haben, Therapeut*innen

in ihren privaten Raum zu lassen (Markowitz et al., 2021). Die Therapie in den Wohnraum der Klient*innen zu verlegen kann zu hinderlichen Nebenwirkungen führen (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015). Hinzu kommt, dass schwierige Themen im Rahmen einer Distanztherapie oft schneller angesprochen werden. Das hat Vorteile, jedoch ergeben sich durch die beschleunigte Selbstöffnung auch Risiken (Eichenberg & Stetina, 2015), da sie zur Destabilisierung von Klient*innen führen kann.

Trotz der vielversprechenden Studien zur Distanztherapie wird daher die Präsenztherapie weiterhin als Goldstandard betrachtet (Simpson & Reid, 2014). Neben den angeführten Nachteilen der Distanztherapie begründet sich dies vor allem in der therapeutischen Beziehung, dem wichtigsten Wirkfaktor in einer Therapie und ein zentrales Element der personzentrierten Psychotherapie (Peelo, 2018). Studien belegen zwar, dass eine vergleichbare therapeutische Beziehung im Distanz-Setting möglich ist (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Eichenberg, 2021; Markowitz et al., 2021), dennoch ist die Bedeutung der persönlichen Begegnung und des Zwischenmenschlichen, das sich im Rahmen einer Präsenztherapie abspielt, vor allem in der personzentrierten Psychotherapie nicht zu unterschätzen.

Distanztherapie in der personzentrierten Therapie

Seit den späten 90er Jahren gibt es eine Fülle von Arbeiten zu Distanztherapie (Anthony & Goss, 2009; Barak et al., 2008; Cohen & Kerr, 1999; Fingfeld, 1999; Hanley et al., 2019; Hanley & Reynolds, 2009; Rochlen et al., 2004; Sampson et al., 1997), allerdings wenig spezifisch personzentrierte Forschung. Trotzdem beschäftigen sich einige allgemeine Arbeiten mit Aspekten der Beziehungsgestaltung, die auch auf den personzentrierten Ansatz umgesetzt werden können (für eine Übersicht siehe Hanley, 2021). So gilt die therapeutische Beziehung unabhängig von der Therapierichtung als bedeutsamster allgemeiner Wirkfaktor, der wesentlich zum Gelingen der Therapie beiträgt (Auckenthaler & Baudisch, 2012; Lambert, 2013; Tschuschke, 2016). Die „Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz“ (PAP-S) unterstreicht dabei die Notwendigkeit zur Flexibilität von Therapeut*innen, um beständig an der Qualität der Beziehung zu arbeiten (Tschuschke, 2016). Im personzentrierten Bereich ist es vor allem der in der Therapeutischen Allianz als „bond“ (emotionale Bindung) bezeichnete Aspekt, der als entscheidend erachtet wird. Dieses „In-Beziehung-treten“, im Kontakt sein mit dem*der Anderen, ein vertrauensvolles Bündnis mit Klient*innen aufbauen, entspricht wohl am ehesten dem, was der personzentrierte Ansatz mit der Wichtigkeit der Beziehung meint. Keil und Stumm (2018) bezeichnen die Beziehung als „wesentlichsten Faktor“ (S. 54), und Rogers (1962/2012) als

das „tragende Element in der Therapie“ (S. 211). Dabei liefert „die Wahrnehmung der Resonanz in der Beziehung, [...] wertvolle Hinweise auf das Erleben und die organismisch erlebten Probleme der Person als ganzer“ (Keil, 2014, S. 34; vergleiche dazu auch das Konzept der hermeneutischen Empathie von Keil, 1997). Die Beziehung stellt somit den zentralen Aspekt der Therapie in personenzentrierten Ansätzen dar.

Verschiedene Studien zeigten, dass die therapeutische Allianz in verschiedenen Online-Settings mit denen in Face-to-Face Settings vergleichbar ist (Cook & Doyle, 2002; Gómez Penedo et al., 2020; Heckemann et al., 2016). Historisch gesehen besteht gegenüber der Distanztherapie von Seiten der Therapeut*innen dennoch viel Unbehagen und Widerstand, besonders aufgrund fehlender Ausbildung (Glueckauf et al., 2018), Vorbehalten hinsichtlich der Technik (Baker & Ray, 2011), dem Vorwurf einer oberflächlichen Beziehungsgestaltung (Williams et al., 2009) und ethischer Bedenken (Hoffman, 2021). Die Pandemie hat aber auch im personenzentrierten Bereich zu eingehenderen Reflexionen geführt, wie Therapie in der neuen Normalität umgesetzt werden kann.

So berichtet Banack (2021), wie es ihr mit einigen Anpassungen in der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) auch online möglich war, tiefen Kontakt herzustellen und frisches Erleben zu fördern. Susman (2021) geht der Frage nach, inwiefern Phänomene der Online-Therapie, wie das Verschwimmen der Grenzen zwischen privat und öffentlich, Machtdynamiken sowie Selbst- und Fremdwahrnehmung uns darin beeinflussen, mit uns selbst und anderen authentisch in Kontakt treten zu können. Auch sie plädiert dafür, unseren therapeutischen Wirkungsbereich in die digitale Welt zu erweitern und dies auch rechtlich zu verankern. Rodgers und Kolleg*innen (2021) kommen in einer theoretischen Auseinandersetzung mit ihren eigenen Erfahrungen zum Fazit, dass die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen der personenzentrierten Therapie von Rogers (Rogers, 1959/2016, Stumm & Keil, 2018a, S. 17) auch online umgesetzt werden können. Voraussetzung dafür sei, dass Therapeut*innen sich auf die Möglichkeiten, mit technischen Hilfsmitteln Kontakt herzustellen, einlassen und eine Sprache finden, die Klient*innen erreicht. Vor allem ist es wichtig, dass Therapeut*innen sich der Inkongruenz stellen, die durch technische Pannen, Störungen und Ablenkungen entstehen und sich dabei den entstehenden Gefühlen bezüglich der veränderten Rahmenbedingungen gewahr werden, um in der Beziehung kongruent bleiben zu können (Rodgers et al., 2021). Kontakt auf Distanz stellt große Herausforderungen, bietet aber auch neue Möglichkeiten.

Spezifische empirische Betrachtungen von Distanztherapie im Kontext der personenzentrierten Therapie sind bisher jedoch selten. Die gegenwärtige Studie befasst sich mit der pandemiebedingten Umsetzung von Therapiesitzungen im

Distanz-Setting in Österreich. Betrachtet werden dabei personenzentrierte Therapeut*innen. Zum einen wird dabei erhoben, wie sich personenzentrierte Psychotherapeut*innen auf Distanztherapie in den Lockdowns umgestellt haben und welche Formate sie nutzten. Des Weiteren wird die Forschungsfrage betrachtet, wie es Therapeut*innen in der Distanztherapie gelingt, die Beziehung unter veränderten Rahmenbedingungen ähnlich hilfreich zu gestalten und ihre eigenen Resonanzen für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Methode

Die vorliegende Studie ist Teil des Projektes NO-FEAR², bei welchem qualitativ und quantitativ die Situation und die Befindlichkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen während der COVID-19-Krise erfasst wurden (Kreh et al., 2021). Hierfür wurden Interviews und Fokusgruppen durchgeführt sowie in unterschiedlichen Pandemiephasen standardisierte Online-Befragungen ausgesendet. Die Befragungen wurden so gestaltet, dass ein Vergleich zwischen den Bevölkerungsgruppen möglich ist, und die wiederholten Erhebungen erlauben die Analyse von Veränderungen zwischen unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Krise. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf dem Gesundheitspersonal, da dieses eine der am meisten belasteten Berufsgruppen in der Pandemie darstellte. Neben dem Krankenhauspersonal und dem Rettungsdienst war eine weitere der erfassten Gruppen die der Psychotherapeut*innen der personenzentrierten Therapie. Eine erste quantitative Online-Befragung fand nach der ersten Welle von SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich und dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 statt. Die Infektions-Inzidenzen waren zum Erhebungszeitpunkt niedrig und die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wurden zunehmend gelockert. Bei der Befragung wurden neben der Lebenssituation, dem Befinden und unterschiedlichen persönlichen Schutz- und Risikofaktoren der Befragten, welche nicht Teil dieses Artikels sind, Informationen zur Therapiesituation erfasst. Die Fragen zur Therapiesituation bezogen sich auf die Phase des Lockdowns wenige Wochen zuvor. Der Fragebogen wurde in einer aktualisierten Version erneut während der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020 ausgesendet, um die Wahrnehmungen der Therapeut*innen während der unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Krise vergleichen zu können. Zusätzlich zeigte sich anhand der Ergebnisse des ersten Fragebogens, dass die quantitativen Befragungen für eine umfängliche Erfassung der Situation während der

2 EU Horizon Project 786670, NO-FEAR, Network Of practitioners For Emergency medical systems and critical care, <https://no-fearproject.eu/>

COVID-19-Krise nicht ausreichen. Es wurden daher zusätzlich Expert*inneninterviews mit Lehrtherapeut*innen durchgeführt, um detailliertere Ergebnisse zu ihren Erfahrungen in der personenzentrierten Arbeit mit der Distanztherapie zu generieren. Im Fokus standen dabei Schwierigkeiten aber auch Vorteile der Therapie, wobei der Schwerpunkt auf die in der personenzentrierten Therapie zentrale Beziehung gelegt wurde. Mit Hilfe der Interviews können die Erfahrungen der Therapeut*innen mit der Distanztherapie detailliert und tiefgehend dargestellt werden. Die quantitativen Daten dienen der Kontextualisierung der Ergebnisse und unterstützen damit deren Interpretation.

Die Studie fand im Einklang mit den Prinzipien der Deklaration von Helsinki statt. Der Beirat für ethische Fragen in der wissenschaftlichen Forschung der Universität Innsbruck bewilligte die Durchführung der Untersuchung. Alle Befragten stimmten der Studienteilnahme nach Aufklärung über ihre Rechte explizit zu und konnten diese jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Quantitative Erhebung mittels standardisierter Online-Fragebögen

Die quantitativen Befragungen fanden von 19. Mai 2020 bis 28. Juni 2020 (T1) sowie von 29. Dezember 2020 bis 8. Februar 2021 (T2) statt. Die freiwillige Angabe eines anonymisierten Codes durch die Teilnehmenden ermöglichte dabei den direkten Vergleich der Ergebnisse beider Erhebungen.

Zur Charakterisierung der Stichprobe machten die Befragten Angaben zu ihren soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht). Zusätzlich wurden Hintergrundinformationen zu ihrer therapeutischen Tätigkeit erhoben. Hierzu gehörten die Tätigkeitsdauer sowie die Haupttätigkeit (niedergelassene*r Psychotherapeut*in, Klinik, Beratungsstelle, Ausbildung/Supervision, Sonstiges; Teilnehmende konnten mehrere Optionen auswählen). Bezüglich der Therapiesituation während der COVID-19-Krise gaben die Teilnehmenden bei jeder Befragung an, wie viele Stunden Therapie sie durchschnittlich während des jeweiligen Lockdowns sowie davor abgehalten hatten. Zudem gaben sie in Prozent an, in welcher Form die Therapie abgehalten wurde (Präsenz, Telefon, Video, E-Mail). Die Fragebögen enthielten weitere Items und Skalen, die unter anderem der Erfassung des Befindens, sowie von Schutz- und Risikofaktoren dienten. Diese werden hier nicht näher beschrieben, da sie für die Fragestellung dieses Artikels nicht relevant sind.

Für die Befragungen wurden Therapeut*innen, Lehrtherapeut*innen sowie Ausbildungskandidat*innen der personenzentrierten Therapie der ÖGWG rekrutiert. Eine Mailaussendung erreichte dabei 269 Ausbildungskandidat*innen unter Supervision, 358 Therapeut*innen und 55 Lehrtherapeut*innen. Es

wurden jeweils Personen berücksichtigt, die angaben, während des Lockdowns Therapiestunden abgehalten zu haben. Die Stichprobe umfasste bei der ersten Erhebung (T1) 200 Personen, sowie 101 Personen, die ebenfalls bei der zweiten Erhebung (T2) teilgenommen hatten. Diese Teilstichprobe von 101 Therapeut*innen wurde zur inferenzstatistischen Analyse von Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten herangezogen. Die Kennwerte dieser gematchten Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Therapeut*innen, die bei beiden Erhebungen teilnahmen, unterschieden sich im Hinblick auf ihre demographischen Daten nicht signifikant von Therapeut*innen, die bei der ersten, jedoch nicht bei der zweiten Befragung teilnahmen.

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung

	Gematchte Stichprobe	
	N	%
Geschlecht		
Weiblich	71	70,3
Männlich	28	27,7
Divers	2	2,0
Therapeut*innenstatus		
Ausbildungskandidat*in	34	33,7
Therapeut*in	43	42,6
Lehrtherapeut*in	24	23,8
Haupttätigkeit		
Niedergelassen	68	67,3
Klinik	4	4,0
Beratungsstelle	24	23,8
Lehre/Supervision	5	5,0
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	51,41	11,09
Tätigkeitsdauer	12,84	12,71

Anmerkung. N = 101.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels SPSS, Version 20. Der Fokus lag dabei auf deskriptiven Auswertungsmethoden, um Informationen über die Rahmenbedingungen der Therapie während der COVID-19-Krise zu generieren. Für die inferenzstatistische Berechnung der Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Quarantäne wurden T-Tests für abhängige Stichproben verwendet.

Erhebung mittels Expert*inneninterviews

Die Expert*inneninterviews wurden zwischen 10. April 2021 und 3. Mai 2021 durchgeführt. Hierfür wurden Lehrtherapeut*innen der personenzentrierten Psychotherapie, die als Ausbilder*innen an der ÖGWG tätig waren, rekrutiert. Die Interviews wurden auf Lehrtherapeut*innen beschränkt, da diese aufgrund

ihrer langjährigen Erfahrungen detaillierte Informationen zur veränderten Therapiesituation geben können. Gleichzeitig haben sie eine theoretisch fundierte Verankerung im personenzentrierten Ansatz, die Aussagen über die Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung der theoretischen Aspekte erlaubt. Die Rekrutierung erfolgte über persönliche Kontakte, wobei ein Fokus darauf gelegt wurde, Therapeut*innen aus allen Regionen Österreichs sowie verschiedener Geschlechter zu integrieren. Insgesamt wurden elf Lehrtherapeut*innen interviewt (dies entspricht 20 % des Lehrpersonals der ÖGWG), von denen drei männlich waren. Das Alter lag zwischen 44 und 64 Jahren.

Die Interviews befassten sich mit den Erfahrungen der Therapeut*innen mit den Therapiesettings während der COVID-19-Krise. Sie wurden semistrukturiert mit einem Leitfaden durchgeführt, der den Interviewten bei der Rekrutierung zugesendet wurde. Der Leitfaden basierte auf den Ergebnissen der quantitativen Fragebogen-Erhebung. Die Interviews dauerten zwischen 15 und 42 Minuten. Die Durchführung erfolgte aufgrund der Kontaktbeschränkungen mittels Videokonferenz. Es wurden Tonaufnahmen erstellt, die anschließend transkribiert wurden. Die Transkripte wurden den Interviewten zugesendet und von ihnen überprüft.

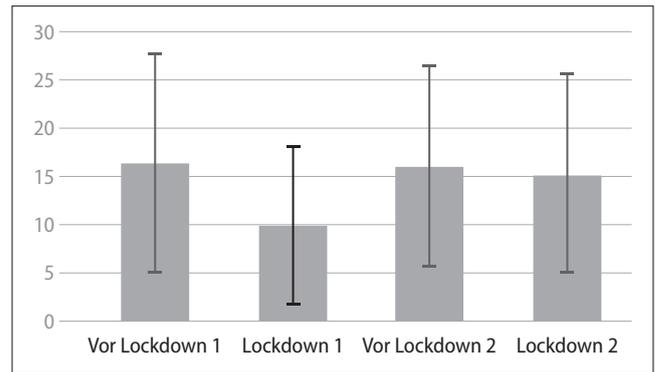
Für die Auswertung der Interviewdaten wurde die Methode der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (2010) genutzt. Dieser Ansatz ist besonders dafür geeignet, Zusammenhänge aus Narrativen herauszuarbeiten. Dabei wurden die Interviewinhalte zunächst offen kodiert. Unterstützend wurde hierfür das Programm MaxQDA, Version PLUS 2020 (VERBI Software, 2019) verwendet. Im axialen Kodieren wurden die Schlüsselkategorien kausale Bedingungen, positive und negative Kontextfaktoren verschiedener Therapiesettings, das subjektive Erleben der Therapeut*innen als Phänomen, Strategien, Konsequenzen und Wünsche für die Zukunft gebildet und zueinander in Beziehung gesetzt (siehe Anhang, Abb. 3).

Ergebnisse

Ergebnisse der quantitativen Umfrage: Vergleich zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown

Die Therapiesituation während der Kontaktbeschränkungen sowie Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown werden im Folgenden anhand verschiedener Kennwerte dargestellt. Abbildung 1 zeigt, wie viele Therapiestunden die Therapeut*innen vor und während der beiden Lockdowns absolvierten. Während des ersten Lockdowns ($M = 9.83$, $SD = 8.16$) berichteten die Befragten von einem signifikanten Rückgang ihrer Therapiestunden gegenüber der Zeit vor dem Lockdown ($M = 16.52$, $SD = 11.20$, $t(100) = 8.20$, $p < 0.001$;

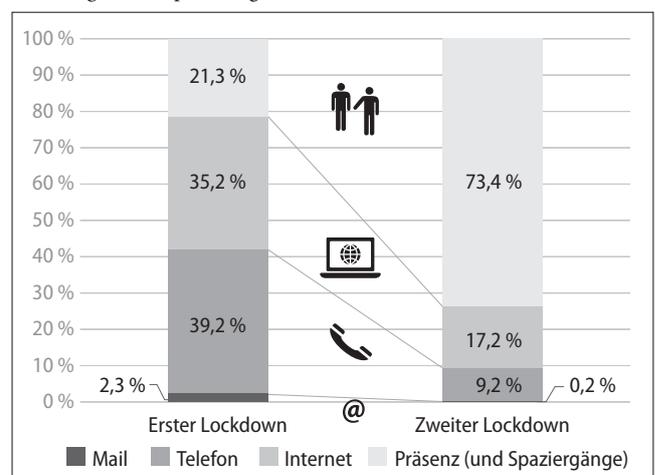
Abbildung 1. Therapiestunden pro Woche vor und während der Lockdowns.



Cohen's $d = 0.65$). Zwischen den Lockdowns stieg das Arbeitspensum wieder an ($M = 16.03$, $SD = 10.14$) und unterschied sich nicht signifikant von der Zeit vor der COVID-19-Krise ($t(100) = 0.63$, $p = 0.529$). Während des zweiten Lockdowns war erneut ein leichter Rückgang der Therapiestunden zu verzeichnen ($M = 15.23$, $SD = 10.14$), welcher nicht das nach Bonferroni korrigierte Signifikanzniveau von $p < 0.0125$ erreichte ($t(100) = 2.14$, $p = 0.035$). Das Arbeitsausmaß war während des zweiten Lockdowns höher als während des ersten Lockdowns ($t(100) = 7.66$, $p < 0.001$; Cohen's $d = 0.57$). Zusammengefasst zeigt sich somit, dass während des ersten Lockdowns die Anzahl der durchgeführten Therapiestunden, im Vergleich zu den Stunden vor dem ersten Lockdown, stark zurück ging. Dadurch erlebte die therapeutische Versorgung der Klient*innen einen massiven Einbruch. Beim zweiten Lockdown gab es nur mehr einen geringen Rückgang. Therapeut*innen und Klient*innen hatten sich bereits besser auf die bestehende Situation eingestellt.

Neben der Anzahl der durchgeführten Stunden interessierte in welcher Form (Telefon, Internet, Mail, Präsenz) die Therapien durchgeführt wurden und inwiefern sich die Nutzung

Abbildung 2. Therapiesettings während der Lockdowns.



Anmerkung: Während des ersten Lockdowns wurden 2 % der Therapien in „sonstigen“ Settings abgehalten, welche nicht in der Abbildung inkludiert sind.

der Telemedien (Telefon, Internet, Mail) während der Lockdowns veränderte. Die Anteile der Therapiesettings an den angebotenen Stunden sind in Abbildung 2 dargestellt. Hierbei wird deutlich, dass Präsenztherapie mit 21,3 % während des ersten Lockdowns nur einen geringen Anteil ausmachte. Der Großteil der Stunden wurde mittels Distanztherapie durchgeführt (76,7 %). Synchrone Kommunikationsmedien (Telefon mit 39,2 % und Videotelefonie mit 35,2 %) waren dabei beliebter als die asynchrone Kommunikation via E-Mail (2,3 %). Während des zweiten Lockdowns wurden die Termine vermehrt in Präsenz abgehalten (73,4 %). Innerhalb der digitalen Medien war die Videotelefonie (17,2 %) am stärksten vertreten, gefolgt von der Telefonie (9,2 %). Therapie über E-Mail wurde weiterhin nur in Einzelfällen genutzt (0,2 %).

*Ergebnisse der Expert*inneninterviews: Erfahrungen mit der Distanztherapie*

Während die quantitativen Ergebnisse zeigen, welche Arten des Therapiesettings im ersten und zweiten Lockdown angewendet wurden, können die qualitativen Daten Auskunft darüber geben, welche Erfahrungen die Therapeut*innen mit der Distanztherapie machten. In den Expert*inneninterviews wurden die Schlüsselkategorien des Erlebens der Therapeut*innen, positive und negative Aspekte der Distanztherapie, Herausforderungen, Strategien und Wünsche identifiziert.

*Erleben der Therapeut*innen: Anfängliches Unwohlsein, Unzufriedenheit und Unsicherheit, größere Anstrengung und Erschöpfung*

Die Zunahme der Distanztherapie durch die COVID-19-Pandemie ist unumstritten, die Situation für Psychotherapeut*innen eine ungewohnte. Entsprechend kam es vor allem im ersten Lockdown zu Unbehagen und Unwohlsein der Therapeut*innen. Während sie im weiteren Verlauf der Krise auch gute Erfahrungen mit der Distanztherapie machten und viele angaben, positiv überrascht zu sein, blieben andere Unsicherheiten weiter bestehen. Die Distanztherapie war zudem anstrengender für die Therapeut*innen, sie fühlten sich erschöpfter.

Positive Aspekte: Distanztherapie als Überbrückungsmethode, aber keine Vertiefung

Distanztherapie wurde von den Psychotherapeut*innen in den Interviews oftmals als hilfreiche Methode zur Überbrückung gesehen, wodurch die Unterbrechung von Prozessen verhindert werden konnte. Sie sahen jedoch wenig Potenzial für die Vertiefung von Prozessen. Eine Therapeutin kommunizierte dies sehr deutlich:

„Also erstens finde ich, ist das ganz wichtig, meines Erachtens, klar zu haben, dass es nur eine Überbrückungsmöglichkeit ist und als solche

sehr gut einsetzbar. Aber es kann nur überbrücken. Nicht mehr.“ (Interview 9, S. 4)

Auch die Flexibilität des Ortes wurde von den Therapeut*innen als positiv erlebt, wenngleich diese auch mit Herausforderungen verbunden war (siehe Strategien).

Herausforderungen: Erschwertes Vertiefen der Prozesse, fehlender Gesamteindruck, erschwerte Resonanz in Abhängigkeit vom therapeutischen Beziehungsstatus

Das Vertiefen der Prozesse wurde als schwierig bis unmöglich beschrieben, da sich die Psychotherapeut*innen als vorsichtiger im Umgang mit Interventionen und Konfrontationen erlebten. Durch die Distanz hatten sie das Gefühl, die möglichen Reaktionen der Klient*innen nicht abfangen und keinen sicheren Raum dafür bieten zu können. Daraus wiederum entstanden Unzufriedenheit und Verunsicherung, sowie der Eindruck nicht gut genug zu arbeiten. Als zentraler Nachteil der Distanztherapie wurde der fehlende Gesamteindruck der Klient*innen erlebt. Ein Therapeut beschrieb, worum es für ihn in der Präsenztherapie geht:

„Ich mag wirklich eine direkte Begegnung mit einem Menschen haben. Ich mag diesen Menschen spüren, ich mag den riechen, ich mag den sehen, wie der reinkommt zur Tür, was der als Erstes erzählt.“ (Interview 11, S. 14)

Im Vergleich dazu gibt es bei der telefonbasierten Therapie nahezu keine nonverbale Eindrücke und auch in der webbasierten Therapie sind diese stark eingeschränkt. Viele Informationen, die beispielsweise durch Mimik, Gestik, Körperhaltung oder nonverbale Signale transportiert werden, gehen verloren. Somit ergeben sich für die Therapeut*innen Schwierigkeiten, zu adäquaten Resonanzen zu kommen. Die Resonanzen der Therapeut*innen sind im direkten Kontakt mit den Klient*innen eine wichtige Grundlage für das Erfassen des konkreten individuellen Gegenübers und für die Entwicklung von Verstehenshypothesen, aus denen konkrete Interventionen abgeleitet werden können (vergleiche Keil, 2014). Die Therapeut*innen erlebten diese als sehr eingeschränkt und über die Distanz nur schwer spürbar. Eine Therapeutin formulierte es so:

„Also meine Resonanz war: Ich kriege ganz schwer Resonanzen. Ich höre das, ich verfolge das. Nur ich spüre in mir recht wenig. Von mir auch irgendwie und auch zu ihr hin und von ihr auch wenig so dieses, eben wir sind nicht im direkten Kontakt.“ (Interview 6, S. 1)

Laut der Erfahrung der Expert*innen kann allerdings eine bestehende therapeutische Beziehung helfen, auch im Rahmen einer Distanztherapie zu spürbaren Resonanzen zu kommen. Der Vorteil einer Beziehung ergibt sich daraus, dass man das Gegenüber besser einschätzen und Signale, wie beispielsweise eine veränderte Stimmlage, besser wahrnehmen und die Veränderungen im Prozess abschätzen kann. Bei Erstkontakten erweist sich dies dagegen als besonders schwierig.

*Strategien der Therapeut*innen: Höhere Vorsicht, mehr Konzentration, Rahmenbedingungen thematisieren*

Grundsätzlich muss aufgrund der fehlenden nonverbalen Informationen die Konzentration erhöht und der ganze Fokus auf das Medium und das Gesagte gerichtet werden. So berichteten die Therapeut*innen in den Interviews von einer großen Anstrengung und Erschöpfung, die in der Distanztherapie im Vergleich zur Präsenztherapie erlebt wurde. Darüber hinaus können technische Störungen und daraus resultierende Unterbrechungen dazu führen, Distanztherapie als mühsamer zu erleben.

Die Flexibilität des Ortes stellt einerseits einen der großen Vorteile der Distanztherapie dar, birgt andererseits jedoch Probleme. So fiel es Klient*innen oft schwer, einen ruhigen Ort zu finden, an dem die Therapiestunde ungestört gehalten werden konnte. Dies betrifft vor allem Klient*innen, die in beengten Wohnverhältnissen leben (große Familien, alleinerziehende Mütter, Klient*innen mit Problemen in der Partnerschaft). Zudem kann es von beiden Seiten als unpassend erlebt werden, Einblicke in den privaten Raum zu gewähren oder zu erhalten. Diese veränderten Rahmenbedingungen gilt es zu thematisieren, transparent zu machen und zu einem angemessenen Umgang damit zu kommen. Für die Therapeut*innen selbst bietet es sich an, auch Distanztherapie in der Praxis zu halten. Darüber hinaus ergaben sich aus den Interviews die Empfehlungen, die Rahmenbedingungen zu beachten, Termine und Zeiten einzuhalten und mehr Pausen einzuplanen.

*Wünsche der Therapeut*innen: Beibehaltung der Distanztherapie als Möglichkeit, Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen, Austausch und Training*

Trotz der Schwierigkeiten mit der Distanztherapie, äußerten die Psychotherapeut*innen Interesse daran, dass Distanztherapie als Alternative bestehen bleibt. Eine Therapeutin sagte dazu:

„Aber prinzipiell die Möglichkeit zu haben, dass es, dass das möglich ist, auch abgesehen von Corona, finde ich gut. Also ich merke so, ich fände es auch gut. Momentan zahlt ja die Krankenkasse auch Telefon- oder Zoom-Therapien. Das fände ich sehr wichtig, dass das bestehend bleibt als Möglichkeit.“ (Interview 8, S. 6)

Es wurde der Wunsch geäußert, dass Distanztherapie anerkannt wird und sich die rechtlichen Rahmenbedingungen diesbezüglich ändern. Dennoch war es den Befragten wichtig, nicht ein „zu viel“ an Distanztherapie zu erreichen, um eine Distanzierung von Therapeut*in und Klient*in zu vermeiden. Auch ein Austausch über und eine Auseinandersetzung mit dem Thema Distanztherapie wurde von den Therapeut*innen angestrebt, um in Zukunft besser darauf vorbereitet zu sein und sich sicherer in der Umsetzung zu fühlen.

Diskussion

In dieser Befragung von Therapeut*innen der personenzentrierten Psychotherapie zeigte sich, wie sich die Therapeut*innen an die Situation während der COVID-19-Krise anpassten. Während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 war Therapie in direktem Kontakt nur sehr begrenzt umsetzbar. Die Therapeut*innen hielten daher einerseits weniger Therapiestunden ab und wichen andererseits auf digitale Medien wie (Video-) Telefonie aus. Diese Befragungsergebnisse stehen im Einklang mit anderen Befragungen von Psychotherapeut*innen in Österreich, in welchen ebenfalls ein Rückgang der Therapiestunden sowie eine Umstellung auf digitale Medien berichtet wurde (Probst et al., 2020). In anderen Erhebungen zeigte sich eine überwiegend positive Einstellung gegenüber der Distanztherapie während der COVID-19-Pandemie (Beck-Hiestermann et al., 2021; Poltrum et al., 2021), sowie das Gefühl der Therapeut*innen, mit der Umstellung gut zurecht zu kommen (Höfner et al., 2021). Die Interviewbefragungen liefern ein differenzierteres Bild. Hier berichteten die befragten Lehrtherapeut*innen trotz ihres großen Erfahrungsschatzes von Herausforderungen bezüglich der Umstellung auf Distanztherapie. Insbesondere die Resonanz wurde durch die verringerten nonverbalen Eindrücke als erschwert erlebt und die Therapeut*innen berichteten von Problemen bezüglich des Aufbaus neuer Therapiebeziehungen. Auch in anderen Befragungen während der COVID-19-Pandemie wurde von Schwierigkeiten berichtet, eine therapeutische Beziehung aufzubauen (Höfner et al., 2021) und emotionalen Zugang zu finden (Markowitz et al., 2021). Der Versuch, die therapeutische Beziehung zu erhalten, zeigt sich auch in den genutzten Medien. Asynchrone Medien wie E-Mail wurden von den personenzentrierten Therapeut*innen kaum genutzt. Sie bevorzugten stattdessen Medien, die eine direkte Kommunikation mit ihren Klient*innen ermöglichten. Während des zweiten Lockdowns zeigte sich außerdem eine Präferenz von Videotelefonie gegenüber konventionellem Telefonkontakt, was darauf hinweist, dass die Therapeut*innen, aber auch deren Klient*innen, die zusätzlichen visuellen Informationen ihres Gegenübers wertschätzten. Neben dem erschwerten Beziehungsaufbau wurde auch die erhöhte Belastung und Anstrengung im Rahmen von Distanztherapien von den befragten personenzentrierten Lehrtherapeut*innen ebenso wie von Psychotherapeut*innen in anderen Studien berichtet (Backhaus et al., 2012; Chen et al., 2020; Markowitz et al., 2021). Trotz dieser Schwierigkeiten sowie anfänglicher Überforderung und Unsicherheit, entdeckten die Therapeut*innen im Laufe der erzwungenen Umstellung auf die Distanztherapie auch deren Vorteile. Diese bezogen sich insbesondere auf die erhöhte Flexibilität, die eine Fortsetzung der Therapie auch unter Pandemie- oder anderen besonderen Bedingungen ermöglichte. Diese

Niederschwelligkeit wurde bereits in verschiedenen Studien positiv hervorgehoben (Gahleitner & Preschl, 2016; Markowitz et al., 2021). Die Befragten forderten daher die Möglichkeit, auch weiterhin Distanztherapie anbieten zu können und die Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür. Dennoch könne die Distanztherapie die Therapie in Präsenz nicht ersetzen, sondern stelle lediglich eine Ergänzung dar. Die Therapeut*innen wollten nicht auf den persönlichen Kontakt mit ihren Klient*innen verzichten, was sich auch darin zeigt, dass der Anteil an Stunden in Distanztherapie während des zweiten Lockdowns geringer war als während des ersten Lockdowns.

Empfehlungen und Ausblick

Die befragten Therapeut*innen sahen die Präsenztherapie nach den Erfahrungen mit der Distanztherapie weiterhin als unverzichtbaren Standard an. Dennoch erkannten sie, dass bestimmte Situationen eine Aufrechterhaltung der Therapie in Präsenz erschweren oder unmöglich machen können. Hier seien neben der aktuellen Pandemiesituation auch Naturkatastrophen, individuelle Krankheiten oder Auslandsaufenthalte genannt. In all diesen Fällen kann eine Distanztherapie die einzige Möglichkeit sein, psychotherapeutische Unterstützung zu erhalten, weshalb die Möglichkeit sowie Vor- und Nachteile von Distanztherapien offen mit Klient*innen diskutiert werden sollten (Backhaus et al., 2012). Während der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ohne direkten Kontakt als schwierig angesehen wurde, sahen die Therapeut*innen Potenzial für die Aufrechterhaltung von bestehenden Beziehungen aber auch für die Basisstabilisierung von Klient*innen. Für Erstkontakte sind daher Präsenzkontakte zu empfehlen (Peelo, 2018; Schuster et al., 2018). Im Rahmen dieser kann auch die Möglichkeit einer Fortsetzung im Distanz-Setting besprochen werden (Peelo, 2018). Es gibt bestimmte Rahmenbedingungen der Distanztherapie, welche sich von denen der Präsenztherapie unterscheiden, und die jedenfalls mit den Klient*innen geklärt werden müssen. Eine frühzeitige Definition von Regeln der Therapie ist daher entscheidend für einen erfolgreichen Verlauf (Eichenberg & Stetina, 2015). So müssen Übereinkünfte gefunden werden, in welchen Räumen und mit welchen Kommunikationsmitteln die Therapiesitzungen abgehalten werden. Details, wie ein ausreichender Abstand zur Kamera und eine zentrale Anzeige des Bildes des Gegenübers, können entscheidend für eine angenehme Kommunikation über Videotelefonie sein (Abbass & Elliott, 2020; Markowitz et al., 2021). Auch das Verbergen des eigenen Videos und das Ausschalten von Benachrichtigungen sowie das Sicherstellen einer guten Internetverbindung sollten bedacht werden (Markowitz et al., 2021). Ob und welche Personen während der Therapiesitzungen

anwesend sind, sollte offen angesprochen werden, da die Therapeut*innen wenig Einblicke in das Umfeld, in dem sich die Klient*innen während der Therapie aufhalten, haben und daher nicht einschätzen können, wie dieses die Klient*innen beeinflusst. Es müssen daher Vereinbarungen getroffen werden, die von beiden Seiten ehrlich eingehalten werden. Zudem gilt es die Kontaktaufnahme der Klient*innen mit den Therapeut*innen zu klären. Dadurch, dass es zu einer Normalisierung des Kontaktes via Telefon oder Videotelefonie kommt, kann die Hemmschwelle sinken, Therapeut*innen auch außerhalb der vereinbarten Sitzung zu kontaktieren. Neben diesen Rahmenbedingungen sind auch Besonderheiten bezüglich des therapeutischen Vorgehens der Distanztherapie zu beachten. Aus Perspektive der Therapeut*innen ist bei Interventionen ein vorsichtigeres Vorgehen als in Präsenz nötig, da Informationen aus nonverbaler Kommunikation fehlen. Dadurch wird die Resonanz erschwert und es ist für Therapeut*innen schwieriger, den Prozess gut mitzutragen. Dies macht die Distanztherapie anstrengender. Therapeut*innen, die Distanztherapie anbieten möchten, sollten daher achtsam gegenüber ihrer eigenen Leistungsfähigkeit sein und das erhöhte Maß an Anstrengung bei der Therapieplanung berücksichtigen. Zusätzlich sind entsprechende Schulungen und Weiterbildungen für die Therapeut*innen empfehlenswert (Eichenberg, 2021) und von diesen gewünscht. Im Rahmen derer können die Auswirkungen der Kommunikation über Medien reflektiert werden (Eichenberg & Stetina, 2015). All diese Überlegungen der Therapieumsetzung sollten in gesetzliche Rahmenbedingungen eingebettet werden, die konkrete Bedingungen für die Distanztherapie definieren und diese auch als Kassaleistung ermöglichen.

Stärken und Limitationen der Untersuchung

Ein zentrales Merkmal der vorliegenden Studie ist der Mixed-Method Ansatz mit Längsschnittelement. Durch die quantitativen Erhebungen konnte eine breite Zielgruppe erfasst und wiederholt befragt werden. So ließen sich statistische Aussagen über die Situation während der verschiedenen Lockdowns machen. Die zusätzlichen Expert*inneninterviews ermöglichten ein tieferes Verständnis für die veränderte Therapiesituation, die sich mit Fragebögen nur begrenzt erfassen lässt. Lehrtherapeut*innen zeichnen sich dabei durch ihre Erfahrung und Verankerung in der Theorie des personenzentrierten Ansatzes aus, durch welche von ihnen besonders fundierte Aussagen erwartet wurden. Dass die Interviews auf Lehrtherapeut*innen beschränkt wurden, stellt zugleich eine Schwäche der Untersuchung dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Eindrücke der Lehrtherapeut*innen sich von denen unerfahrener Therapeut*innen oder auch Ausbildungskandidat*innen

unterscheiden. So ist es sowohl denkbar, dass unerfahrenere Therapeut*innen mehr Schwierigkeiten mit der Umstellung hatten als die erfahrenen Lehrtherapeut*innen, da sie auf einen weniger reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen konnten. Auch der gegenteilige Effekt ist denkbar, indem die meist jüngeren Einsteiger*innen in die Therapie geübter im Umgang mit digitalen Medien sind. Die quantitativen Erhebungen, in denen die unterschiedlichen Gruppen befragt wurden, weisen zwar nicht auf einen solchen Effekt hin, jedoch sind die Teilstichproben nicht ausreichend groß, um kleine Effekte nachzuweisen. Aufgrund einer zu geringen Datenmenge wurden zudem nur die Schritte der offenen und der axialen Codierung der Grounded Theory durchgeführt. Darauf aufbauend ist eine weitere Datensammlung und die anschließende selektive Codierung möglich. Eine weitere Lücke der vorliegenden Studie ist die fehlende Erfassung der Klient*innenperspektive. Auch hier sind, wie bei den Therapeut*innen, Unterschiede abhängig von Alter und individuellen Präferenzen denkbar. Weitere Forschung zur erfolgreichen Umsetzung von Distanztherapie sowie unterschiedlichen Einflussfaktoren ist daher von großer Bedeutung.

Conclusio

Die COVID-19-Pandemie zwang Psychotherapeut*innen – oft entgegen deren Wünschen und Überzeugungen – Distanztherapien umzusetzen. Auch wenn die befragten personenzentrierten Lehrtherapeut*innen die Präsenztherapie für nicht ersetzbar hielten und die Therapie über digitale Medien als anstrengender empfanden, zogen sie nach der erzwungenen Umstellung überwiegend das Fazit, dass Distanztherapie eine hilfreiche Ergänzung darstellen kann. Distanztherapie eignet sich demnach vor allem für Klient*innen, zu denen bereits eine therapeutische Beziehung besteht. Aber auch Personen, die keine Präsenztherapie in Anspruch nehmen können, profitieren von derartigen Angeboten. So kann die psychosoziale Versorgung der Klient*innen erweitert und verbessert werden. Es ist daher zentral, aus der Umstellung während der COVID-19-Pandemie zu lernen und langfristig die Möglichkeit von Distanztherapie zu schaffen.

Literatur

- Abbass, A. & Elliott, J. (2020). Emotion-focused and video-technology considerations in the COVID-19 crisis. *Counselling Psychology Quarterly*, 2(1), 1–13.
- Anthony, K.E. & Goss, S.P. (2009). *Guidelines for online counselling and psychotherapy, including guidelines for online supervision* (3rd ed.). Lutterworth: BACP.
- Apolinário-Hagen, J. & Tasseit, S. (2015). Chancen und Risiken der Internettherapie für die Regelversorgung in Deutschland. Ein Beitrag zur Psychotherapie im Zeitalter von Web 2.0. *e-beratungsjournal*, 11(1), 69–86.
- Auckenthaler, A. & Baudisch, F. (2012). *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie: Grundlagen, Praxis, Kontext. Kurzlehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological services*, 9(2), 111–131.
- Baker, K.D. & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 341–346.
- Banack, K.D. (2021). Adapting emotion-focused therapy for teletherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 303–311.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.
- Beck-Hiestermann, F.M.L., Kästner, D. & Gumz, A. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Corona-Pandemie: Querschnittsbefragung deutscher Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 66(5), 372–381.
- Bee, P.E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L. & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: A meta-analytic review. *BMC psychiatry*, 8(1), 1–13.
- Chen, C.K., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J.A., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A.F. & Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: Leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(1), 1–14.
- Cohen, G.E., Kerr, B.A. (1999). Computer-Mediated Counseling. *Computers in Human Services*, 15(4), 13–26.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 5(2), 95–105.
- Eichenberg, C. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie [Online psychotherapy in times of the corona pandemic]. *Psychotherapeut*, 66(3), 195–202.
- Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 93–107.
- Eichenberg, C. & Stetina, B. (2015). Risiken und Nebenwirkungen in der Online-Therapie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 16(04), 56–60.
- Eichenberg, C., Wolters, C. & Brähler, E. (2013). The internet as a mental health advisor in Germany. – Results of a national survey. *PLoS one*, 8(11), e79206.
- File, N. (2017). *Wirksamkeitsforschung in der personenzentrierten Psychotherapie. „Bin ich nach der Therapie wieder normal?“*. Abschlussarbeit als Ausbilder bei der ÖGWG. Salzburg. Online verfügbar: <https://www.oegwg.at/assets/Uploads/wissenschaftlicheArbeiten/AbschlussarbeitGWGFileNorbertC.pdf>
- Fingfeld, D. (1999). Psychotherapy in cyberspace. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5(4), S.105–110.
- Gahleitner, S.B. & Preschl, B. (2016). Professionelle Beziehungsgestaltung über das Internet: Geht denn das überhaupt? Überlegungen zu einem methodenübergreifenden Wirkfaktor. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 108–129.
- Glueckauf, R.L., Maheu, M.M., Drude, K.P., Wells, B.A., Wang, Y., Gustafson, D.J. & Nelson, E.-L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(3), 205–219.

- Gómez Penedo, J.M., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Schröder, J., Hohagen, F., Meyer, B., Moritz, S. & Klein, J.P. (2020). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *Journal of clinical psychology*, 76(6), 973–986.
- Hanley, T. (2012). Understanding the online therapeutic alliance through the eyes of adolescent service users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 35–43.
- Hanley, T. (2021). Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the future. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 493–497.
- Hanley, T., Prescott, J. & Gomez, K. U. (2019). A systematic review exploring how young people use online forums for support around mental health issues. *Journal of mental health*, 28(5), 566–576.
- Hanley, T. & Reynolds, D. (2009). A review of the quantitative research into text-based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4–13.
- Heckemann, B., Wolf, A., Ali, L., Sonntag, S. M. & Ekman, I. (2016). Discovering untapped relationship potential with patients in telehealth: a qualitative interview study. *BMJ open*, 6(3), e009750.
- Hintenberger, G. (2012). Die Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich – Eine kritische Würdigung. *e-beratungsjournal*, 8(1), Artikel 3, 1–11.
- Hoffman, L. (2021). Existential-Humanistic Therapy and Disaster Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1), 33–54.
- Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R. & Stammer, J. (2021). Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie. *Psychotherapie Forum*, 25(1–2), 37–43.
- Keil, S. (2014). Die prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik. *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl., S. 53–70). Berlin: Springer.
- Kuntschner, E. (2022). *Wie erleben Therapeut*innen Distanz-Therapie*. (Masterarbeit, Universität Innsbruck).
- Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S. C., Chieffo, D. P. R., Flad, B., Ellebrecht, N. & Juen, B. (2021). Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. *PLoS one*, 16(4), e0249609.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 169–218). Hoboken: John Wiley.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2013a). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). Hoboken: John Wiley.
- Maheu, M. M. & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 484–489.
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T. & Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *The American journal of psychiatry*, 178(3), 240–246.
- Murphy, L., Parnass, P., Mitchell, D. L., Hallett, R., Cayley, P. & Seagram, S. (2009). Client Satisfaction and Outcome Comparisons of Online and Face-to-Face Counselling Methods. *British Journal of Social Work*, 39(4), 627–640.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 303–315.
- Peelo, D. (2018). Online therapy: A business opportunity for the private practitioner; a Person-Centred perspective. *Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18(4), 10–14.
- Poltrum, M., Uhl, A. & Poltrum, H. (2021). *Neue Studie zum Potential von E-Psychotherapie in Österreich*. Sigmund Freud Privatuniversität. Online verfügbar: https://www.sfu.ac.at/wp-content/uploads/SFU_Presseinfos_2020_o8_28_E-Psychotherapie.pdf
- Probst, T., Stippl, P. & Pieh, C. (2020). Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria. *International journal of environmental research and public health*, 17(11).
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269–283.
- Rodgers, B., Tudor, K. & Ashcroft, A. (2021). Online video conferencing therapy and the person-centered approach in the context of a global pandemic. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 286–302.
- Rogers, C. R. (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)/1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (18. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta. (Erstveröffentlichung (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1962/2012). *Therapeut und Klient* (21. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959/2016). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt.
- Sampson, J. P., Kolodinsky, R. W., Greeno, B. P. (1997). Counseling on the Information Highway: Future Possibilities and Potential Problems. *Journal of Counseling & Development* 75(3), S. 203–212.
- Schuster, R., Berger, T. & Laireiter, A.-R. (2018). Computer und Psychotherapie – geht das zusammen? *Psychotherapeut*, 63(4), 271–282.
- Simpson, S. G. & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian journal of rural health*, 22(6), 280–299.
- Stein, B., Schauenburg, H. & Eichenberg, C. (2011). Psychotherapie und Internet – eine Herausforderung für uns alle. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 12(02), 171–173.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl.). Beltz.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (Hrsg.). (2018). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl. 2018). Berlin: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018a). Therapietheorie. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl., S. 15–30). Berlin: Springer.
- Susman, K. (2021). Between the tiles: the psychology of the virtual room. Appropriating and subverting the digital sphere for authentic and meaningful encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 327–344.
- Tanios, A., Valady, S. & Grabenhofer-Eggerth, A. (Hrsg.). (2020). *Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Tschuschke, V. (2016). Therapeutische Beziehung. In A. v. Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda & P. Schulthess (Hrsg.), *Forschung psychosozial. Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren* (S. 111–120). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tudor, K. & Murphy, D. (2021). Online therapies and the person-centered approach. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 283–285.
- Verbi Software. (2019). *MaxQDA* (Version 2020) [Computer software].
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht* (M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder, Übers.) (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Wenzel, J., Jaschke, S. & Engelhardt, E. (2020). Krisenberatung am Telefon und per Video in Zeiten von Corona. *e-beratungsjournal*, 16(1), Artikel 4, 46–66.
- Williams, R., Bambling, M., King, R. & Abbott, Q. (2009). In-session processes in online counselling with young people: An exploratory approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 93–100.

Abbildung 3. Schlüsselkategorien der qualitativen Interviews (Kuntschner, 2022, S. 90)

