

**AUSWIRKUNGEN DES EINSATZES
VON SPRACH- UND VIDEOTELEFONIE
AUF DEN INTEGRATIV-
GESTALT THERAPEUTISCHEN
PROZESS**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

eingereicht von

Mag.^a Magdalena Straßer

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Universität für Weiterbildung Krems

Betreuerin: Mag. Mag. Dr. Andrea Jesser

Betreuerin: Mag.^a Helene Neumayr

Wien, 18.3.2023

EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.^a Magdalena Straßer, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-These selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-These oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-These mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-These unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Hintergrund: Der Einsatz von Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie nahm seit Beginn der COVID-19-Pandemie in Europa im Frühjahr 2020 deutlich zu.

Methode: Diese Master-Thesis basiert auf einer Online-Befragung von Integrativen Gestalttherapeut*innen bezüglich ihrer Einschätzungen der Einschränkungen, Chancen und Einsatzmöglichkeiten von Telepsychotherapie. Die Daten wurden zu zwei Erhebungszeitpunkten im Jahr 2020 erhoben. Die Auswertung wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen Einschränkungen im Kontakt auf. Es ergeben sich interessante Phänomene im therapeutischen Prozess wie ein spezieller Fokus und eine vermehrte persönliche Öffnung. Es werden jedoch Einschränkungen im Bereich der für die Integrative Gestalttherapie wesentlichen Techniken und Handlungsunsicherheit aufgrund von fehlender Sinneswahrnehmung berichtet. Einsatzmöglichkeiten umfassen Klient*innen, die aufgrund von örtlichen oder gesundheitlichen Gegebenheiten eine Psychotherapie in der Praxis nicht besuchen können. Eine spezielle Eignung für Menschen mit Angststörungen oder depressiven Erkrankungen wird berichtet.

Schlussfolgerungen: Der Einsatz von Telepsychotherapie unterliegt aus integrativ-gestalttherapeutischer Sicht Einschränkungen in der therapeutischen Beziehung und im therapeutischen Vorgehen. Neue Möglichkeiten und die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Versorgung für alle Klient*innen können dennoch für deren Einsatz sprechen. Weitere qualitative Forschung bezüglich der neu auftretenden Phänomene im therapeutischen Prozess kann ein noch differenzierteres Bild ergeben.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

COVID-19-Pandemie, Telepsychotherapie, therapeutischer Prozess

ABSTRACT (ENGLISCH)

Objectives: The use of voice and video telephony in psychotherapy increased during the spring 2020 COVID-19-pandemic in Europe.

Methods: This master's thesis is based on an online survey of Integrative Gestalttherapists concerning their assessment of restrictions, prospects, and possible fields of application for voice and video telephony in psychotherapy. The data was collected via surveys conducted at two different times in 2020. The evaluation was carried out by means of the qualitative content analysis according to Mayring.

Results: The results show restrictions concerning contact. Interesting phenomena are being noticed in the therapeutic process, such as a special focus and an increase in personal openness. However, restrictions in the area of those therapeutic techniques which are essential for Integrative Gestalttherapy and an uncertainty of action due to a lack of sensory perception are reported. Fields of application include clients who are unable to attend therapy at a practice due to circumstances concerning their location or health. A particular suitability for people with anxiety disorders or depressive disorders is also reported.

Conclusion: The use of telepsychotherapy from an Integrative Gestalt point of view underlies restrictions in the therapeutic relationship and in the therapeutic procedure. However, new possibilities and the necessity of psychotherapeutic care for all clients can be an argument for its use. Further qualitative research concerning the newly occurring phenomena in the therapeutic process could lead to an even more differentiated view.

Keywords:

COVID-19-pandemic, telepsychotherapy, therapeutic process

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
1 THEORIE UND FORSCHUNGSSTAND	4
1.1 Entwicklung der Telepsychotherapie	4
1.1.1 Die Anfänge der internetgestützten Psychotherapie.....	4
1.1.2 Telepsychotherapie während der COVID-19-Pandemie.....	7
1.1.3 Rechtliche und ethische Aspekte der Telepsychotherapie	10
1.2 Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie	12
1.2.1 Die Entwicklung der Integrativen Gestalttherapie	12
1.2.2 Das Menschenbild der Integrativen Gestalttherapie	14
1.2.3 Wesentliche Begriffe der Integrativen Gestalttherapie	15
1.3 Integrativ-gestalttherapeutischer Prozess und Telepsychotherapie	19
1.3.1 Dialogische Beziehungsgestaltung	20
1.3.2 Dialogische Beziehungsgestaltung und Telepsychotherapie.	21
1.3.3 Phänomenologisches Vorgehen	23
1.3.4 Phänomenologisches Vorgehen und Telepsychotherapie	26
1.3.5 Techniken der Integrativen Gestalttherapie	29
1.3.6 Therapeutische Techniken und Telepsychotherapie.....	32
1.3.7 Psychiatrische Diagnosen in der Integrativen Gestalttherapie	32
1.3.8 Psychiatrische Diagnosen und Telepsychotherapie.....	34
2 METHODE	35
2.1 Theoretische und methodische Zugänge	36
2.2 Reflexion des Entstehungskontextes und von subjektiven Vorannahmen	38
2.3 Zugang zum Forschungsfeld	39
2.4 Samplingstrategie, Samplebeschreibung	39
2.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente und der Erhebungskontexte	41
2.6 Datenquellen	42
2.7 Beschreibung der Daten und der Datenaufbereitung	42
2.8 Forschungsethische Fragen	43

2.9	Reflexion des methodischen Vorgehens	43
2.10	Auswertungsmethoden und Auswertungsprozess	44
2.11	Auswertung des vorliegenden Datenmaterials	46
2.12	Reflexion Umgang mit Vorannahmen	53
2.13	Qualitätskontrollen	53
2.14	Analysesoftware	54
3	ERGEBNISSE	55
3.1	Datensatz A	55
3.1.1	Therapeutische Techniken	55
3.1.2	Einschränkungen Interaktion Klient*in – Therapeut*in	60
3.2	Datensatz B	65
3.2.1	Neue Möglichkeiten	65
3.2.2	Generelle Empfehlung	70
3.2.3	Generelle Einsatzmöglichkeiten	71
4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	79
4.1	Einordnung im Vergleich mit der bisherigen Forschung	80
4.2	Ergebnisse in Bezug auf den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess	84
4.2.1	Dialogische Haltung – Therapeutische Beziehung	84
4.2.2	Integrativ-gestalttherapeutisches Vorgehen	90
4.2.3	Therapeutisches Setting	93
4.2.4	Therapeutische Techniken	94
4.2.5	Einsatzmöglichkeiten von Telepsychotherapie	95
4.3	Conclusio	98
4.4	Limitationen	99
4.5	Ausblick	101

EINLEITUNG

Die COVID-19-Pandemie machte in Europa ab März 2020 Veränderungen im sozialen Umgang und im beruflichen Alltag notwendig. Gerade in Zeiten strenger Ausgangsbeschränkungen, wie sie unter anderem zu Beginn der Pandemie in Österreich bestanden, galten nur wenige Ausnahmegründe um den eigenen Haushalt zu verlassen. Dazu zählten das Abwenden von Gefahr, Hilfsleistungen für andere und familiäre Pflichten, Deckung der Grundbedürfnisse, körperliche und psychische Erholung sowie, falls erforderlich, berufliche Zwecke (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2020). Dabei galt die psychotherapeutische Tätigkeit als grundsätzlich erlaubt. Es gab jedoch die Empfehlung auf virtuelle Angebote umzusteigen (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 2020). Da wo weiterhin persönlicher Kontakt stattfand, mussten Maßnahmen wie Masken, Abstand und Desinfektion von Händen und Gegenständen angewendet werden. Ein Großteil der Psychotherapeut*innen in Österreich stellte ein Angebot über Sprach- oder Videotelefonie für die Klient*innen. In einer Studie von Höfner, Hochgerner, Mantl, Stefan und Stammer (2021) waren es zur Zeit der ersten Ausgangsbeschränkungen beispielsweise 92 Prozent, in den Monaten danach immer noch 75 Prozent der Befragten.

Jene Psychotherapeut*innen, welche sich für das Setting der Telepsychotherapie entschieden, waren bald mit vielerlei Fragen zur Telepsychotherapie beschäftigt. Ein großer Teil von ihnen hatte zuvor keine oder kaum Erfahrung in diesem Bereich, so gaben in einer Studie von Probst, Humer, Stippl und Pieh (2020) nur etwa ein Fünftel der Befragten an, bereits vor der COVID-19-Pandemie Telepsychotherapie angewendet zu haben. Aus der zeitweise entstehenden Handlungsunsicherheit dahingehend, entstand meinerseits ein vermehrtes Interesse an theoriegeleiteten Hintergründen und bisherigen Forschungserfahrungen zu diesem Thema. Vor allem stellte sich die Frage, ob über Krisenintervention und Begleitung hinausgehende therapeutische Interventionen und ein vollwertiger therapeutischer Prozess möglich werden

könnten. Austausch mit Kolleg*innen fand während Ausgangsbeschränkungen weniger statt, wurde aber gleichzeitig immer bedeutsamer. Die vielfältigen Erfahrungen und Einschätzungen von Psychotherapeut*innen in dieser Zeit waren und sind hilfreich, um weiterführende Überlegungen dazu anzustellen, wie ein therapeutischer Prozess in der Telepsychotherapie ablaufen kann und ob ein solcher Einsatz unter bestimmten Umständen auch nach Ende der Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung in der Pandemie sinnvoll sein könnte.

In Österreich gibt es eine Vielzahl an sehr unterschiedlichen Therapieschulen. Diese Arbeit soll sich aufgrund des meinerseits bestehenden Ausbildungs- und Erfahrungshintergrunds speziell auf die Sichtweise der Integrativen Gestalttherapie beziehen. Es ist davon auszugehen, dass die sich im telepsychotherapeutischen Prozess ergebenden Veränderungen aus den Blickwinkeln verschiedener Therapieverfahren unterschiedliche Bedeutung haben können.

Im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie in Europa wurden einige Erhebungen zu den Erfahrungen mit Telepsychotherapie durchgeführt (z.B. McBeath duPlock & Bager-Charleson, 2020; Poltrum, Uhl & Poltrum, 2020). Dabei waren unterschiedliche therapeutische Richtungen vertreten. Nur in wenigen Fällen wurde eine homogene Gruppe im Sinne eines gemeinsamen theoretischen Hintergrunds befragt (Jesser, Muckenhuber & Lunglmayr, 2022; Mitchell, 2020). Integrative Gestalttherapeut*innen waren dabei lediglich im Ausschnitt einer Studie, welcher von Julia Stammer (2021) analysiert wurde, die beforschte Gruppe. Um mehr Einsicht in die Einschätzungen der Integrativen Gestalttherapeut*innen bezüglich der Einschränkungen, Chancen und potentieller Zielgruppen im Rahmen der Telepsychotherapie aus dem integrativ-gestalttherapeutischen Blickwinkel zu erhalten, bildeten sich folgende Forschungsfragen:

- Welchen Verzicht erleben Integrative Gestalttherapeut*innen in Bezug auf das therapeutische Vorgehen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefone?

- Welche neuen Möglichkeiten ergeben sich?
- Welche Gruppen von Personen könnten von einem weiterführenden Angebot über Sprach- oder Videotelefonie profitieren?

Um diese Fragen zu beantworten wurden Integrative Gestalttherapeut*innen mittels eines Online-Fragebogens zu ihren Erfahrungen mit Telepsychotherapie während der COVID-19-Pandemie befragt. In Zusammenschau mit der bisherigen Forschung zu den Besonderheiten telepsychotherapeutischer Arbeit, der Theorie und Praxis der Integrativen Gestalttherapie und klient*innen- und diagnosespezifischen Merkmalen, soll ein möglichst differenziertes Bild darüber entstehen, was über die Passung von integrativ-gestalttherapeutischem Vorgehen und Telepsychotherapie bereits bekannt ist und Ansätze zur ausführlicheren Reflexion der Anwendung von Sprach- oder Videotelefonie im Rahmen der Integrativen Gestalttherapie bieten.

Im ersten Kapitel der vorliegenden Master-Thesis werden der Forschungsstand in Bezug auf Telepsychotherapie und die theoretischen Hintergründe der Integrativen Gestalttherapie dargestellt. Im zweiten Kapitel wird die methodische Herangehensweise erläutert, Erhebung, Auswertung und Ergebnisse detailliert beschrieben. In der Diskussion der Ergebnisse findet letztlich eine Zusammenschau der empirischen Ergebnisse der Studie mit den Erkenntnissen anderer Studien und eine Einordnung der Ergebnisse auf Basis integrativ-gestalttherapeutischer Theorien und Vorgehensweisen statt.

1 THEORIE UND FORSCHUNGSSTAND

Im theoretischen Teil der Arbeit wird auf die Entwicklung der Telepsychotherapie, die Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie, wichtige Aspekte des integrativ-gestalttherapeutischen Prozesses und deren mögliche Verbindungen mit telepsychotherapeutischen Besonderheiten eingegangen.

1.1 Entwicklung der Telepsychotherapie

1.1.1 *Die Anfänge der internetgestützten Psychotherapie*

Die Telepsychotherapie entwickelte sich aus dem Bereich Telegesundheit beziehungsweise „telehealth“. Bereits in den 1970er Jahren wurde der Begriff der Telemedizin geprägt. Vorerst war speziell die körperliche Gesundheit im Fokus (Wade, Karnon, Elashaug & Hiller, 2010). Zunehmend Bedeutung bekam das Thema in den 1990er Jahren mit den technologischen Weiterentwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologien. Handys und Computer fanden weitere Verbreitung und das Internet ermöglichte neue Formen der Kommunikation. Vermehrte Forschung zu dem Thema wurde ab Mitte der 2000er Jahre betrieben (z.B. Knaevelsrud & Maercker, 2006; Leibert, Archer Jr., Munson & York, 2006) und intensivierte sich weiter in den 2010er Jahren (Eichenberg & Küsel, 2016; Montero-Marin et al., 2015; Simpson & Reid, 2014).

Mit Beginn der technologischen Entwicklungen kam es um die Jahrtausendwende zunächst vermehrt zum Einsatz von sogenannter Online-Psychotherapie. Es finden sich viele Studien zur Wirksamkeit von vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutischen, aber auch psychodynamischen Interventionen. Diese fokussieren entweder auf die Arbeit mit zur Verfügung gestellten Materialien oder den schriftlichen Austausch mit Psychotherapeut*innen (Meyer et al., 2009; Eichenberg & Küsel, 2016).

Metaanalysen zeigen positive Effekte bezüglich der Wirksamkeit dieser Ansätze im Sinne von Symptomreduktion, vor allem im Bereich von Angststörungen und Depression (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper &

Hedman, 2014). Einschränkend ist dazu zu sagen, dass häufig eher die Zufriedenheit der Klient*innen und die Haltung zum Einsatz dieser Methoden gemessen wurde und nicht direkt deren Wirksamkeit auf Symptome (Eichenberg & Küsel, 2016). Zudem war die Gruppe jener Teilnehmer*innen, welche Feedback zu ihrem Behandlungserfolg gaben, oft klein und die Drop-Out-Quote zudem nicht unerheblich (Meyer et al., 2009).

Bereits in dieser Anfangsphase, in welcher die Präsenz von Psychotherapeut*innen bei Online-Interventionen sich mehrheitlich auf schriftliche E-Mail-Kommunikation beschränkte, wurde der Einfluss solcher Methoden auf die therapeutische Beziehung erforscht. Es zeigte sich zunächst eine geringere Zufriedenheit und eine weniger intensive therapeutische Beziehung beim Einsatz von Online-Interventionen (Leibert et al., 2006). Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung wurde in der Psychotherapieforschung vor langer Zeit als wesentlichster Wirkfaktor in der Psychotherapie identifiziert (z.B. Gaston, 1990). In diesem Sinne untersuchten Knaevelsrud und Maercker (2006) die Auswirkungen der therapeutischen Beziehung auf die Wirksamkeit der Behandlung beim Einsatz von Online-Psychotherapie, was wiederum schriftliche Kommunikation mit dem*der Psychotherapeut*in bedeutete. In ihrer Untersuchung wurde die sonst so deutliche Korrelation zwischen der therapeutischen Beziehung und der Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion nicht festgestellt. Es stellte sich für die Autor*innen die Frage, ob der Messzeitpunkt der Bewertung der therapeutischen Beziehung eventuell zu früh stattgefunden hat oder ob in diesem Online-Setting, beziehungsweise in diesem manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen, welches auf Selbstwirksamkeit abzielt, die therapeutische Beziehung eine untergeordnete Rolle spielt.

Mit dem Beginn des Einsatzes von Telepsychotherapie im heutigen Sinne, etwa ab Mitte der 2000er Jahre, als videogestütztes therapeutisches Setting, in welchem sich Psychotherapeut*in und Klient*in über den Bildschirm sehen können, gab es auch vereinzelt Studien zu dieser Form der Psychotherapie. Vor

allem in den ländlichen Gebieten der USA und Australien fand die Telepsychotherapie Einsatz. Simpson und Reid trugen 2014 die bereits existierenden Studien zum Thema Videopsychotherapie zusammen und fanden sehr positive Rückmeldungen von sowohl Klient*innen als auch Psychotherapeut*innen zur therapeutischen Beziehung (Simpson & Reid, 2014). Ein Zusammenhang zur Wirksamkeit der Telepsychotherapie wurde in diesem Fall nicht hergestellt, dennoch stimmten diese Ergebnisse wahrscheinlich viele optimistisch. Eine Metaanalyse von Eichenberg und Küsel (2016) beschäftigte sich dann mit der Wirksamkeit von Telepsychotherapie. Da es sich in den meisten Studien um Befragungen von Klient*innen zu Nutzen, Effekten und subjektiver Zufriedenheit handelte, können die positiven Ergebnisse nicht als spezifisch erhobene Evaluationen der Wirksamkeit gelten, sondern zeigen vielmehr eine positive Haltung der Klient*innen im Hinblick auf Telepsychotherapie.

Später und in der aktuellen Zeit konzentriert sich ein erheblicher Teil der Forschung auf die Haltung von Psychotherapeut*innen gegenüber den telepsychotherapeutischen Möglichkeiten. Dabei ist eine Zunahme der Akzeptanz von Sprach- und Videotelefonie durch Psychotherapeut*innen zu verzeichnen (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). Dies gilt vor allem für die Zeit der COVID-19-Pandemie. Je nach gesetzlicher Lage der Länder wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten Maßnahmen verpflichtend vorgeschrieben oder empfohlen, die eine Kontaktreduktion beinhalteten. Viele Psychotherapeut*innen wendeten in dieser Zeit zum ersten Mal Sprach- oder Videotelefonie im Rahmen der Psychotherapie mit ihren Klient*innen an (Probst et al., 2020) und ein Großteil der Psychotherapeut*innen richtete eine Form von telepsychotherapeutischem Angebot an Klient*innen (Höfner, Hochgerner et al., 2021). Waren vor Beginn der Pandemie in Europa nur ein knappes Drittel von befragten Psychotherapeut*innen positiv gegenüber Telepsychotherapie eingestellt, so stieg diese Zahl während der Pandemie im Frühjahr 2020 in einer Studie von Poltrum et al. (2020) auf etwa zwei Drittel. Für den vorübergehenden Einsatz in bestimmten Situationen sprachen sich sogar fast 90 Prozent der Befragten aus. Auch der bisherige Höhepunkt des

Forschungsinteresses am Thema Telepsychotherapie erreichte in dieser Zeit seinen Höhepunkt. Diese Entwicklungen wurden von Beginn an quantitativ und qualitativ erforscht (Békes & Aafjes-van Doorn, 2020; Jesser et al., 2022; Mc Beath et al., 2020; Uhl, Poltrum & Poltrum, 2020) und auch nicht-empirische Auseinandersetzungen erschienen bald vermehrt (Frank, 2020; Gonzi, 2020; Picó Vila, Keyes & Valantin, 2021; Spagnuolo Lobb, 2020).

1.1.2 Telepsychotherapie während der COVID-19-Pandemie

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie in Europa im Jahr 2020, werden neben den weiterhin bedeutsamen quantitativen Erhebungen nun vermehrt qualitative empirische Studien zum Einsatz von Telepsychotherapie durchgeführt. Die Daten stammen vor allem aus Interviews mit und Online-Befragungen von Psychotherapeut*innen zu ihren Erfahrungen mit dem Einsatz von Sprach- und/oder Videotelefonie.

Wesentliche Ergebnisse dieser Studien beschäftigen sich, wie bereits in der bisherigen Forschung, häufig mit der therapeutischen Beziehung (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020), aber auch die Möglichkeiten und Einschränkungen beim Einsatz von therapeutischen Techniken werden zum Thema (McBeath et al., 2020; Poltrum et al., 2020). Des Weiteren werden konkrete Veränderungen im therapeutischen Setting wie auch im therapeutischen Prozess berichtet. Erhöhte Flexibilität und Kontinuität (Poltrum et al., 2020), vermehrte persönliche Öffnung (Jesser et al., 2022; Mc Beath, 2020; Mitchell, 2020), eine veränderte Geschwindigkeit und Fokussierung des therapeutischen Geschehens (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020), fehlende nonverbale Informationen und Einschränkungen aufgrund der fehlenden persönlichen Begegnung (Jesser et al., 2022; McBeath, 2020, Poltrum, et al., 2020), das Auftauchen des privaten Raums der Klient*innen und oft auch der Psychotherapeut*innen über den Bildschirm (Jesser et al., 2022), die Gefühle von Nähe und Intimität und Distanziertheit (Jesser et al., 2022; McBeath, 2020; Mitchell, 2020; Poltrum et al., 2020) werden von den befragten

Psychotherapeut*innen unterschiedlicher Schulen benannt. Thematisiert werden auch bereits Vorstellungen zu mehr oder weniger geeigneten Zielgruppen in Bezug auf Alter, Strukturniveau oder psychiatrische Diagnosen (Jesser et al., 2022; Poltrum et al., 2020). In manchen Punkten werden auch die spezifischen Unterschiede und Vorzüge oder Nachteile von entweder Sprach- oder Videotelefonie hervorgehoben (Jesser et al., 2022; Poltrum et al., 2020). Einmal wird auch betont, dass verschiedene Phänomene von unterschiedlichen Personen sowohl als hilfreich als auch als hinderlich gesehen werden können. Ein geringfügiger Wechsel der Perspektive kann somit einen Vorteil in einen Nachteil verändern oder umgekehrt. Dass etwa die private Umgebung der Klient*innen als Ort an dem Telepsychotherapie stattfindet als stabilisierend gesehen werden kann, andere Psychotherapeut*innen jedoch den Eindruck haben, sie würden Klient*innen allein mit den aufgetretenen belastenden Themen und Emotionen in ihrem Zuhause zurücklassen (Poltrum et al., 2020).

Seit Beginn der Pandemie haben sich zudem einige Autor*innen aus gestalttherapeutischer Sicht mit dieser Thematik beschäftigt. Mehrheitlich handelt es sich dabei um theoretische Auseinandersetzungen damit, ob und wie gestalttherapeutisches Arbeiten über Sprach- oder Videotelefonie möglich ist. So behandeln Picó Vila et al. (2021) einige gestalttherapeutische Aspekte im Zusammenhang mit Telepsychotherapie. So sei das Hier und Jetzt nicht auf den geographischen Ort oder die Uhrzeit bezogen, sondern ein Geschehen an der Kontaktgrenze, das auch im Rahmen der Telepsychotherapie in der gleichen Art stattfinden kann. Das für den Kontakt und im Prozess so notwendige leibliche Spüren sei vor allem abhängig vom eigenen Gewährsein im Umgang mit Technologien. Das Ablegen von Automatismen bei dieser Form von Interaktion und ein ganzkörperliches Involviertsein seien dafür wichtig. Die Erweiterung der Körpergrenzen durch Technologien werde zudem schon lange Zeit eingesetzt, um Kompensation für fehlende oder eingeschränkte sinnliche Wahrnehmungsfähigkeiten oder Körperteile zu erreichen. Das für die Gestalttherapie wesentliche Experimentieren sei zudem besonders hilfreich im

Umgang mit der veränderten Therapiesituation, da es viel Flexibilität ermöglicht. Ethische Fragen behandeln Picò Vila et al. (2021) vor allem im Hinblick auf rechtliche Aspekte der Durchführung von Telepsychotherapie. Einschätzungen bezüglich der Sinnhaftigkeit und ethischen Vertretbarkeit des Einsatzes bei jedem*jeder individuellen Klient*in scheinen vertrauensvoll der Beurteilung durch den*die jeweilige*n Therapeut*in überlassen. Ruella Frank (2020) und Margherita Spagnuolo Lobb (2020) beschäftigen sich vor allem mit dem Entwickeln der Online-Präsenz, sozusagen der körperlichen Anwesenheit während körperlicher Abwesenheit, um in einen guten therapeutischen Prozess zu gelangen. Spanuolo Lobb (2020) beschreibt ähnlich wie Picò Vila et al. (2021), dass das Gewahrsein und der bewusste Fokus auf die Sinneswahrnehmung noch stärker im Fokus stehen soll um dem*der Klient*in als Gegenüber so zu begegnen wie im persönlichen Setting. Ein bewusstes Wahrnehmen der Resonanz wird darüber hinaus beschrieben. Frank (2020) beschreibt, sie wolle das Erschwernis der leiblichen Distanz im Sinne einer gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem *der Klient*in mit dieser Situation erleben. Das englische „wondering about“ ist im Deutschen dabei nur unvollständig übersetzbar, entspricht jedoch dem gemeinsamen Erforschen einer Situation im phänomenologischen Sinn, mit einer Offenheit für die sich ergebenden Erfahrungen und Herausforderungen ohne spezifische Vorannahmen. Gianni Francessetti (2020) beschreibt in einem Interview, inwiefern für ihn die Unterscheidung zwischen der persönlichen und der Online-Präsenz als Psychotherapeut keine wesentliche Rolle spielen. Es gehe um das Experimentieren in diesem Feld, so wie es auch in der psychotherapeutischen Arbeit in physischer Präsenz der Fall ist. Auch die Kritik bezüglich einer möglichen Sprachlastigkeit der Psychotherapien weist er zurück und meint, dass die Unterscheidung von Husserl und Merleau-Ponty zwischen Körper und Leib in diesem Zusammenhang deutlich werde. Dabei geht es um die explizite Unterscheidung zwischen dem Körper als physisch präsentem Objekt und dem spürenden Leib als Subjekt. Der spürende Leib dient der Sinneserfahrung und somit dem Kontakt mit anderen und der Welt. Der Körper sei das von Außen

wahrnehmbare Objekt. Im Rahmen der Telepsychotherapie sei nach Francessetti (2020) ein leibliches Spüren ebenso möglich wie im persönlichen Setting, auch ohne die Anwesenheit des Objekts Körper.

1.1.3 Rechtliche und ethische Aspekte der Telepsychotherapie

In Österreich wurde im Zuge der COVID-19-Pandemie von Gesundheitsbehörde und Sozialversicherungsträgern eine Ausnahmeregelung zur Vergütung von Psychotherapie mittels Sprach- oder Videotelefonie erstellt (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 2020). Wie dies in den nächsten Jahren gehandhabt wird, wird einen großen Einfluss auf die Durchführbarkeit von Telepsychotherapie haben. Die aktuell intensivierte Forschung und die vielen neuen Erfahrungen in diesem Bereich können einen Diskurs über die Anerkennung der Telepsychotherapie weiterführen.

Potentielle Risiken und ethische Überlegungen sind in manchen Studien lediglich Teil der Ergebnisse, werden in anderen jedoch explizit in den Fokus genommen. Stoll, Müller und Trachsel (2020) geben einen Überblick über existierende ethische Überlegungen. Interessanterweise gehen diese nicht ausschließlich in die Richtung der potentiellen Risiken beim Einsatz von Telepsychotherapie, sondern sie beschäftigen sich auch mit den Folgen des Ausschlusses dieser Möglichkeit für die Psychotherapie. Dabei sind die fünf häufigsten Argumente für diese Form der Psychotherapie die erhöhte Flexibilität und dadurch ein verbesserter Zugang zu Psychotherapie, bestimmte wahrgenommene Vorteile in der Kommunikation, Vorteile in Bezug auf bestimmte Eigenschaften von Klient*innen und eine hohe Akzeptanz, Zufriedenheit und damit eine erhöhte Nachfrage. Die fünf wichtigsten Argumente gegen den Einsatz von Online-Tools zur Ermöglichung von Psychotherapie befassen sich mit Datenschutz und Sicherheitsbedenken, der fraglichen Kompetenz von Therapeut*innen bzw. der Bedeutung von spezieller Ausbildung in diesem Bereich, Schwierigkeiten in

der Kommunikation mittels dieser Technologien, nicht ausreichender Forschung und dem Umgang mit Notfall-Situationen.

Darüber hinaus äußern die Autor*innen Bedenken, dass die große Nachfrage nach örtlich ungebundener Behandlung psychischer Probleme und Erkrankungen von nicht ausreichend therapeutisch qualifizierten Personen oder Therapeut*innen mit mangelnder Medienkompetenz beantwortet werden könnte. Daher sollten Psychotherapeut*innen sich selbst ausreichend mit dieser Form der Psychotherapie vertraut machen oder Klient*innen zumindest über bestehende seriöse Angebote informieren können (Stoll et al., 2020).

Picó Vila et al. (2021) sehen die ethischen Überlegungen, die spezifisch für Telepsychotherapie relevant sind, hauptsächlich in den rechtlichen Rahmenbedingungen, welche in unterschiedlichen Ländern verschieden gehandhabt werden. Zusätzlich führen sie auch an, dass die Privatsphäre und Datensicherheit ein weiteres ethisches Thema sind, auf welches Psychotherapeut*innen in diesem Zusammenhang achten müssen.

Zusammenfassend sind also Datenschutzbedenken, erschwerte Bedingungen in der Interaktion oder Risiken in Notfall-Situationen aufgrund der Eigenschaften von Technologien und fehlende Medienkompetenz der Therapeut*innen auf der einen Seite und die Nichtversorgung von bestimmten Personengruppen auf der anderen Seite gegenüber zu stellen.

Der vermehrte Einsatz von empirisch-qualitativen Untersuchungsmethoden ermöglicht es, vielfältige Fragestellungen auf unterschiedlichen Ebenen zu erforschen. Beispielsweise die Folgenden: Wie verändert sich die Haltung der Psychotherapeut*innen zum Einsatz von Telepsychotherapie? Welche Auswirkungen hat der Einsatz auf die therapeutische Beziehung, den therapeutischen Prozess und das therapeutische Setting? Ergeben sich Risiken und ethische Schwierigkeiten beim Einsatz von Telepsychotherapie? Und ist die Telepsychotherapie in der Folge lediglich als Überbrückung für

spezielle Situationen geeignet? Welche Zielgruppen können profitieren und für wen scheint die Telepsychotherapie weniger geeignet?

Es werden auftretende Phänomene beschrieben, welche entweder unmittelbar oder in einem zweiten Schritt einer Bewertung als hilfreich oder einschränkend unterzogen werden. Daraus lassen sich nun erste Schlüsse ziehen, bei welcher Zielgruppe und unter welchen Bedingungen der Einsatz der Telepsychotherapie sinnvoll sein könnte. Die Einschränkungen und neuen Möglichkeiten, sowie die Anwendungsgebiete der Telepsychotherapie sind die Kernthemen der vorliegenden Master-Thesis und werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung und Diskussion im Fokus stehen.

1.2 Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie

Im Folgenden sollen die Entwicklung der Integrativen Gestalttherapie und deren Menschenbild skizziert werden und einige wesentliche Begriffe Erwähnung finden. Diese Ausführungen dienen als Hintergrund für die darauffolgende Beschreibung des integrativ-gestalttherapeutischen Prozesses und sind darüber hinaus für den Diskussionsteil dieser Arbeit von Bedeutung.

1.2.1 Die Entwicklung der Integrativen Gestalttherapie

Die in Österreich gelehrt Integrative Gestalttherapie hat ihre Wurzeln in der von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman begründeten Gestalttherapie. Diese entwickelte sich in den 50er Jahren als eine Gegenbewegung zur Psychoanalyse, welche damals vorherrschend war. Sie sollte etwa deren Vergangenheitsbezug, die Deutungshoheit des*der Therapeut*in und die einfachen kausalen Erklärungen für menschliches Verhalten und Erleben in Frage stellen. Es entwickelten sich in den USA in der Folge zwei sehr unterschiedliche Stile der Gestalttherapie. Der Westküstenstil war jener, der von Begründer Fritz Perls in eindrucklichen Demonstrationen mehrheitlich an Ausbildungs-

kandidat*innen vorgezeigt wurde (siehe auch F. Perls, 2014, erste englischsprachige Auflage 1969). So verwendete er häufig die als „hot seat“ bezeichnete Intervention, in welcher er seine Methoden an einer Einzelperson aus der Gruppe demonstrierte und welche viel Konfrontation oder etwa das starke Ausagieren von Emotionen beinhaltete (Yontef, 1999). Der sogenannte Ostküstenstil wurde zur gleichen Zeit von Lore Perls praktiziert, welche mit Patient*innen arbeitete und viel Wert auf die therapeutische Beziehung legte. Sie betonte die Notwendigkeit von innerer Stütze um in einen guten Kontakt zu kommen und versuchte ihr Gegenüber immer bestmöglich dahin zu begleiten, dass diese sich selbst stützen konnten (L. Perls, 2005, erste Auflage 1989). Es war dies ein deutlich leiseres und behutsameres Vorgehen und entspricht somit viel mehr der heutigen Gestalttherapie.

Die Gestalttherapie in Österreich wird als Integrative Gestalttherapie bezeichnet, weil sie versucht, schulenübergreifend verschiedene Theorien und Methoden zu integrieren, welche vor allem bei der Behandlung von Klient*innen mit bestimmten psychiatrischen Erkrankungen hilfreich sein können (Neumayr, 2016). Sie beinhaltet daher neben Weiterentwicklungen durch Hans Peter Dreitzel, Reinhard Fuhr, Martina Gremmler-Fuhr und Frank M. Staemmler ebenso Sichtweisen von Hilarion Petzold und anderen Vertreter*innen der Integrativen Therapie. In jüngerer Zeit wurde die Integrative Gestalttherapie um strukturbezogene diagnostische Aspekte und theoriegeleitetes praktisches Vorgehen erweitert (Hochgerner & Wildberger, 2018). Fundierte Auseinandersetzungen mit den theoretischen Entwicklungen der Integrativen Gestalttherapie finden sich zudem etwa durch Liselotte Nausner (2018) oder Christoph J. Schmidt-Lellek (2018).

Aufgrund der Unterscheidung, die zwischen der Integrativen Gestalttherapie, welche in Österreich gelehrt wird und der Gestalttherapie, wie sie in anderen Ländern bezeichnet wird, besteht, wird im Folgenden jeweils der eine oder andere Begriff verwendet. Dies soll klar machen, um welche Sichtweise es

sich dabei handelt. Die Auseinandersetzung mit der Telepsychotherapie, die in dieser Arbeit angestrebt wird, geschieht letztlich aus einer integrativ-gestalttherapeutischen Perspektive. Auch die Stichprobe der befragten Personen in der vorliegenden Studie besteht ausschließlich aus Psychotherapeut*innen, die sich der Integrativen Gestalttherapie zuordnen.

1.2.2 Das Menschenbild der Integrativen Gestalttherapie

Nach Staemmler (2001) gibt die Gestalttherapie in ihrem Menschenbild jedem und jeder Einzelnen die Verantwortung für das eigene Leben und die jeweilige Situation in der er*sie sich befindet, zurück. Das Individuum nimmt nach dieser Annahme von allem, was ihm geboten wird, nur das auf, was er*sie frei wählt (Höll, 2001). Auch im Werk von Fritz Perls, Ralph Hefferline und Paul Goodman (2015) wird im Text beschrieben, dass die Einflussnahme des*der Therapeut*in in Bezug auf die Bedeutungskonstruktion und Problemlösung für den*die Klient*in nicht Teil der gestalttherapeutischen Arbeit ist. Es wird dies immer wieder in Abgrenzung zur Psychoanalyse und ihren Deutungen beschrieben. Diese eher radikale Sicht der Verantwortungsübernahme und Bedeutungsgebung durch den*die Klient*in wird in der jüngeren Literatur der Integrativen Gestalttherapie dadurch relativiert, dass es sehr wohl Klient*innengruppen oder Phasen im Therapieprozess gibt, welche ein aktiveres Einbringen der Psychotherapeut*innen in der Prozessgestaltung notwendig machen, so etwa bei strukturellen Defiziten (Hochgerner, 2015; Klampfl, 2016) oder in Phasen der Traumatherapie (Butollo & Karl, 2012).

Selbstverwirklichung oder Selbstgestaltung werden als wichtige Teile des Menschseins betrachtet. Innere Wachstumsprozesse in Zusammenhang mit der jeweiligen Umwelt ermöglichen dieses Gestalten und Verwirklichen (Höll, 2001). Das bezieht sich sowohl auf gegenwärtige Prozesse als auch auf die Lebensplanung. Berührtsein und Involviertsein führt zu einem Gefühl von Bedeutung oder Sinn (Staemmler, 2009). Zusammengefasst wird diese Sicht auf

den Menschen im Untertitel des Werkes von F. Perls, Hefferline und Goodman (2015). Dieser lautet: „Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung“.

Staemmler (2009) beschreibt zudem Leiblichkeit und Bezogenheit als Merkmale des Individuums, die aus Sicht der Gestalttherapie sowohl in Bezug auf andere Menschen als auch die Welt im Gesamten wesentlich sind. Nausner (2018) betont als Vertreterin der Integrativen Gestalttherapie im Hinblick darauf, dass vor allem das Hochhalten der Rationalität sowie die Phänomene der Individualisierung, Flexibilisierung und Beschleunigung fortschreitend diesen „Weltbezug verdünnen“ (Nausner, 2018, S. 57). Sie geht weiters auch explizit auf technologische Veränderungen und virtuelle Begegnungen ein, welche die so wesentlichen sinnlichen Leiberfahrungen verunmöglichen. Sehr deutlich wird im abschließenden Absatz formuliert:

Die anthropologische Position der Integrativen Gestalttherapie stellt einen Standpunkt dar, von dem aus gesellschaftspolitische und technologische Entwicklungen, die die soziale und sinnlich-ökologische Verbundenheit des Menschen mit der Welt gefährden, radikal (aber nicht fundamentalistisch) zu diskutieren und gegebenenfalls zu kritisieren sind. (Nausner, 2018, S. 58)

1.2.3 Wesentliche Begriffe der Integrativen Gestalttherapie

Im gestalttherapeutischen Vorgehen liegt der Fokus auf dem *Hier und Jetzt*. F. Perls et al. (2015) kritisierten oft die psychoanalytische Fixiertheit auf die Vergangenheit und trugen so dazu bei, dass der Eindruck entstand, dass Vergangenes in der Gestalttherapie keine Rolle spiele. Es soll jedoch lediglich bedeuten, dass Vergangenheit und Zukunft als Erinnerungen und Vorstellungen in der Gegenwart existieren. Nach F. Perls et al. (2015) ist auch der Kontakt und die damit einhergehenden kreativen Austauschprozesse nur im Hier und Jetzt möglich. Sie nennen dies organismische Selbstregulation. Nausner argumentiert,

dass es im Hier und Jetzt möglich wird, Verwechslungen in der Gegenwart zu reflektieren. Die Gegenwart ist der „Ort der Veränderung“ (Nausner, 2018, S.117).

Der *Kontaktbegriff*, welcher von Fritz Perls et al. (2015) eingeführt wird, bezieht sich im Ursprung auf den Kontakt des Organismus mit seiner Umwelt, wobei etwa die Hautoberfläche oder andere Sinnesorgane die Kontaktgrenze darstellen. Der Kontakt mit der Umwelt ist dann als gut zu bezeichnen, wenn es zu keinen Unterbrechungen kommt, die Gestaltbildung intakt ist und es so zu einer organismischen Selbstregulation kommt. Gesundheit wird in dieser Weise unabhängig von gesellschaftlichen Normen definiert (Gremmler-Fuhr, 2001). Lore Perls (2005) beschreibt den Kontakt in ihren Ausführungen als das zwischenmenschliche Aufeinandertreffen, also die Begegnung von einem Ich und einem Du an der Kontaktgrenze. Für einen gelungenen Kontakt in dieser Art betont L. Perls die Notwendigkeit von ausreichend vorhandener Stütze innerhalb der Person, um beim Kontakt keine Gefährdung des Ich zu erleben. Es handelt sich somit um eine Sichtweise, welche den Kontakt interpersonell versteht.

Der Philosoph Martin Buber (2005, erstmals erschienen 1923) beschäftigte sich eingehend mit dieser Begegnung von *Ich* und *Du* auf Augenhöhe. Diese findet an der Grenze zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich statt. Buber nennt diese Haltung das *dialogische Prinzip*. Das Gegenüber wird dabei als eigenständig und abgegrenzt wahrgenommen, während Aspekte dieses Gegenübers aber gleichzeitig auch aufgenommen werden. Es ist ein ständiger Wechsel des Fokus auf Innen und Außen. Ein gegenseitiges Beeinflussen und Reagieren. Buber (2005) beschreibt dem entgegen gesetzt eine zweite Haltung, das Ich-Es. In dieser Haltung kommt es zu einer Distanzierung vom Du, es wird zum Objekt und analytisch und zweckgerichtet betrachtet (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Das gestalttherapeutische Verständnis der Interaktion des einzelnen Menschen mit seiner Umwelt geht auf die *Feldtheorie* Lewins (2012) zurück. Diese besagt, dass verschiedene anziehende und abstoßende Feldkräfte auf ein Individuum einwirken. Annahmen über lineare Kausalitäten zwischen einzelnen

Faktoren sind aufgrund der Komplexität dieses Feldes kein adäquates Mittel zur Erklärung der Entstehung von Ereignissen (Staemmler, 2001). Es wird davon ausgegangen, dass alle im Feld existierenden Aspekte miteinander verbunden sind und in Wechselwirkung stehen. Der Mensch wird von F. Perls et al. (2015) demnach als Organismus in einem einheitlichen Organismus/Umwelt-Feld betrachtet.

Dieser Organismus ist nach F. Perls im Austausch mit dem Feld um *creative Anpassung* bemüht. Ziel ist das Ermöglichen einer dynamischen Passung zwischen inneren und äußeren Faktoren. Je nach Anforderung und Möglichkeiten kommt es zu Anpassungsprozessen der Person an die Umwelt und Veränderungen der Umwelt, um den Bedürfnissen der Person zu entsprechen (Gremmler-Fuhr, 2001). F. Perls (2015) beschreibt Kreativität und Anpassung als wichtige Gegenpole, die wechselseitig notwendig sind. Als Beispiele für eine schöpferische Anpassung nennt er Künstler*innen im Schaffensprozess und Kinder im Spiel, welche ohne ein festgelegtes Ziel dem Prozess und den fließenden Kräften folgen.

Die *Gestaltpsychologie* als wesentlicher Hintergrund für Theoriebildung und Namensgebung der Gestalttherapie geht auf Christian von Ehrenfels (1890) zurück. Er beschrieb bereits Ende des 19. Jahrhunderts in seiner Schrift „Über Gestaltqualitäten“, dass die Summe einzelner Elemente zusammen als etwas sich eigenständig Abhebendes erlebbar werden könne, so wie das etwa auf Melodien zutrifft, die sich als Ganzheit von anderen Geräuschen abheben (Ehrenfels, 1890). F. Perls greift diese Erkenntnisse der Gestaltpsychologie auf und beschreibt die Beziehung zwischen der sich abhebenden Figur mit dem Hintergrund, vor dem sie erkennbar wird. Die Wahrnehmung der Figur hat somit immer mit dem Hintergrund zu tun, vor dem sie erlebbar wird. Perls stellt in der Ganzheit dieser Figur, die sich nicht in logische einzelne Teile zerlegen lässt, die das Phänomen hinreichend erklären, eine Passung mit seiner Auffassung von Psychotherapie fest (F. Perls et al., 2015). Im psychologischen Feld handelt es sich bei den sich abhebenden Figuren um Wünsche, Bedürfnisse oder Hoffnungen (Lewin, 2012).

Erst muss im Feld eine Diskrepanz wahrgenommen werden, dann kann ein solches Bedürfnis in den Vordergrund treten. Es kann sich dabei eine deutliche Figur vor dem Hintergrund abheben oder aber sie bleibt unklar. Auch mehrere Figuren können gleichzeitig um Beachtung kämpfen. Nicht immer ist der Gestaltbildungsprozess bzw. die Figur-Hintergrund-Auflösung dabei vollständig (Gremmler-Fuhr, 2001).

Die *Phänomenologie* erlangte im Zuge der Weiterentwicklungen der Gestalttherapie vermehrte Bedeutung und bezieht sich in den Ursprüngen meist auf Phänomenologen wie Edmund Husserl (1859-1938) und Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Edmund Husserl betonte die Subjektivität des Menschen. Er unterschied deutlich zwischen dem, wie Menschen Dinge wahrnehmen und wie sie tatsächlich sind. Das Erleben der Dinge geschehe nicht direkt, sondern werde durch die Sinne und das Bewusstsein vermittelt (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Merleau-Ponty (1966) bemühte sich indessen um eine Überwindung des Dualismus zwischen Natur und Bewusstsein. Es wurde zuvor angenommen, dass die Natur etwas Äußeres und das Bewusstsein etwas Inneres sei. Er jedoch beschreibt zwischen dem physiologischen (Natur) und dem psychischen (Bewusstsein) Aspekt die Dimension der Existenz. Dies beinhaltet die Vorstellung, dass Menschen eben nicht nur Reaktionen oder Reflexe als Antwort auf äußere Reize hervorbringen, sondern sich zu Situationen verhalten. Dieses Verhalten ist nach Merleau-Ponty eine Verbindung von Bewusstsein und Handlung. Das Bewusstsein ist somit nicht ausschließlich nach innen gerichtet, sondern in Form der Wahrnehmung ebenso nach außen. Merleau-Ponty spricht von einem Zur-Welt-Sein (Merleau-Ponty, 1966). Als Ort dieser Wahrnehmung gilt dabei der Leib, der sowohl wahrnimmt als auch wahrgenommen werden kann. Mit den zur Verfügung stehenden Sinnen nimmt der Leib die Welt wahr, gleichzeitig dient der Leib der „Verankerung in der Welt“ (Merleau-Ponty, 1966, S.174).

Der im vorigen Absatz verwendete und für die Phänomenologen Husserl und Merleau-Ponty augenscheinlich bedeutsame Begriff des Bewusstseins tritt in der Gestalttherapie mehr in den Hintergrund. Dem Begriff der *Bewusstheit* als

Übersetzung des englischen Begriffs *awareness* im englischsprachigen Original des Grundlagenwerks von F. Perls, Hefferline und Goodman (1951, zitiert nach Gremmler-Fuhr, 2001) kommt in der Gestalttherapie größere Bedeutung zu. Dieser wird jedoch für zwei verschiedene Modi der Bewusstheit verwendet, nämlich für die Achtsamkeit und das Gewahrsein (Gremmler-Fuhr, 2001). Achtsamkeit beinhaltet die deutliche Wahrnehmung von eigenen Gefühlen, Empfindungen und Vorstellungen, wie auch von Eindrücken aus dem Außen. Achtsamkeit richtet sich auf das, was aktuell im Vordergrund und unmittelbar mit den Sinnen wahrnehmbar ist. Gewahrsein schließt zusätzlich zum Wahrnehmen auch das Erkennen von größeren Zusammenhängen ein. Es bedarf somit einer intentionalen Anstrengung, ist aber nicht losgelöst vom Erleben, also kein reines Nachdenken über die Zusammenhänge (Gremmler-Fuhr, 2001).

Ein Konzept, das F. Perls (2006, erste Auflage 1947) sehr früh geprägt hat, ist jenes der *schöpferischen Indifferenz*. Nach Salomo Friedlaender, an dem sich F. Perls hier orientiert, ist dies der Zustand bevor eine Unterscheidung stattfindet und Polaritäten ins Spiel kommen. Es wird auch der Nullpunkt genannt, von dem aus in die verschiedenen Richtungen geschaut werden kann (F. Perls, 2006). Dieser Zustand wird auch der mittlere Modus genannt. „Der mittlere Modus ist das innere Schweigen, das Aussetzen aller inneren Dialoge“ (Gremmler-Fuhr, 2001, S.383). Das Schöpferische und die Spontaneität stehen nach dieser Definition mit dem mittleren Modus in Verbindung, das bedeutet eine Offenheit gegenüber Widersprüchlichkeiten und beinhaltet auch ein Loslassen der Identifikation des Selbst mit dem einen oder anderen Pol. In der Folge wird es möglich, diese Polaritäten auszuhalten und zu nutzen (Gremmler-Fuhr, 2001).

1.3 Integrativ-gestalttherapeutischer Prozess und Telepsychotherapie

Der integrativ-gestalttherapeutische Prozess baut auf einer dialogischen Beziehungsgestaltung auf, wird in phänomenologischer Haltung und unter Beachtung wichtiger Entwicklungs- und Gestaltungsbereiche sowie unterstützt durch den Einsatz von bestimmten Techniken durchgeführt. Darüber hinaus

werden in der neueren Literatur auch störungsspezifische Haltungen und Ansätze diskutiert.

1.3.1 Dialogische Beziehungsgestaltung

Durch die von Beginn an eingenommene dialogische Grundhaltung des*der Psychotherapeut*in im therapeutischen Prozess, kann sich in weiterer Folge eine stabile therapeutische Beziehung entwickeln. Die dialogische Haltung beinhaltet die *Präsenz* des*der Psychotherapeut*in in der Therapiesituation. Laut Yontef (1999) lernt ein Mensch nicht durch das Blicken auf ein Innen und ein Außen, sondern lediglich in Beziehung zu einem anderen Menschen. Weiters beschreibt er die Begrifflichkeit der *Umfassung*. Diese soll eine Möglichkeit bieten, die Empathie, welche auch zu Konfluenz führen kann, von der Haltung zu unterscheiden, welche sich Psychotherapeut*innen zu eigen machen, um in das Fühlen des Gegenübers hineinzugehen, gleichzeitig die Verschiedenheit von Ich und Du jedoch nicht aus dem Blick zu verlieren. So wird es dem*der Anderen ermöglicht, sich gleichzeitig gesehen und bestätigt zu fühlen.

Durch das authentische Einlassen auf das Gegenüber kann entstehen, was Buber (2005) das *Zwischen* nennt. Authentisch meint im Rahmen der Psychotherapie, dass der*die Gestalttherapeut*in als Person spürbar werden darf und soll. Es gilt jedoch das Prinzip der selektiven Authentizität. Demnach soll nicht alles mitgeteilt werden, die stattfindende Interaktion soll jedoch authentisch sein (Amendt-Lyon, 2000).

In ähnlicher Weise beschreibt Schmidt-Lellek (2018), dass die ausschließliche Betonung der Ich-Du-Haltung dem therapeutischen Setting nicht entsprechen würde und den Unterschied von Therapeut*in und Klient*in verschleiern würde. Bei Buber (2005) wird diese Haltung auch nicht als etwas Negatives betrachtet, es soll in einer Ich-Es Haltung lediglich keine Ich-Du Haltung vorgegeben werden. Für vielerlei Aspekte im therapeutischen Prozess ist das Verlassen der Ich-Du Haltung und somit das Einnehmen der Ich-Es Haltung

wesentlich, um etwa gemeinsam auf eine Sache oder ein Thema zu schauen, in Krisensituationen auch direktiv handeln zu können und den professionellen und logistischen Ablauf der Psychotherapie zu gewährleisten.

1.3.2 Dialogische Beziehungsgestaltung und Telepsychotherapie

Im Hinblick auf eine Vereinbarkeit der dialogischen Haltung mit Telepsychotherapie erscheint eine Beschäftigung mit dem Phänomenologen Thomas Fuchs (2021) sinnvoll, welcher immer wieder im Rahmen von Veranstaltungen der Fachsektion Integrative Gestalttherapie des ÖAGG Vorträge und Workshops hält. Fuchs (2021) beschreibt, dass im persönlichen Kontakt, wie schon bei der Kommunikation von Eltern mit ihren Säuglingen, die feinen „matches“ und „mismatches“ ausschlaggebend für einen realen Kontakt zwischen zwei Menschen sind. Dass also das Gegenüber immer auch als fremd wahrgenommen und somit als Individuum greifbar wird. Diese Auseinandersetzung taucht bereits ausführlich beim Phänomenologen und Philosophen Emmanuel Levinas (1906-1995) auf, welcher ganz besonders hervorhebt, dass der Andere immer fremd bleibt. (Levinas, 2005, erstmals deutschsprachig erschienen 1989). Auch L. Perls (2005) bezieht sich auf die Notwendigkeit der Wahrnehmung des Gegenübers als fremd für den Kontakt an der Ich-Grenze um Konfluenz zu vermeiden. Yontef thematisiert darüber hinaus die „Achtung vor der Verschiedenheit“ (Yontef, 1999, S. 56) als ein wesentliches Merkmal der therapeutischen Beziehung. In der virtuellen Kommunikation könne diese Wahrnehmung der Differenz durch fehlende Informationen verloren gehen und es könnten dadurch Projektionen an die Stelle von Empathie treten. Zwar möchte Yontef (1999) den Begriff der Empathie nicht verwenden und beschreibt stattdessen die Umfassung, jedoch wird deutlich was gemeint ist. Es geht um die tatsächliche Einfühlung in das fremde Gegenüber anstelle von entstehenden Projektionen des Eigenen auf dieses nicht ganzheitlich erlebte Individuum hinter

dem Bildschirm. Fuchs (2021) beschreibt dies auch nicht explizit für den therapeutischen Prozess, sondern für jeglichen virtuellen Kontakt.

Die Präsenz im Therapieprozess, die Yontef (1999) als wichtige Grundlage für guten therapeutischen Kontakt beschreibt, wird von zwei Autorinnen ausführlich im Zusammenhang mit Telepsychotherapie diskutiert. Spagnuolo Lobb (2020) und Frank (2020) beschreiben wie sie über das eigene leibliche Spüren und das Wahrnehmen von Bewegung und Widerstand auch in der Telepsychotherapie einen Raum schaffen möchten, in welchem Begegnung stattfindet und das Gegenüber auch über die Distanz spürbar wird beziehungsweise die Reziprozität in der Interaktion erhalten bleibt. Sie beschreiben, dass Präsenz im gestalttherapeutischen Sinne auf diese Weise hergestellt werden kann.

Die Integrative Gestalttherapeutin – und Programmiererin – Kristina Barhofer (2018) setzte sich bereits vor der COVID-19-Pandemie mit Telepsychotherapie und der fraglichen Möglichkeit, eine angemessene therapeutische Beziehung herzustellen, auseinander. Sie verfolgte dabei eine deutliche Argumentationslinie für den Einsatz von Telepsychotherapie und eine Änderung der bis März 2020 geltenden Internetrichtlinie (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020), in welcher gegen den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie in der Psychotherapie argumentiert wurde, weshalb Telepsychotherapie nicht mit den Krankenkassen abrechenbar war. Die bis dahin bestehenden Studien deuteten darauf hin, dass sich die therapeutische Beziehung im Online-Setting und im Face-to-face Setting nicht in ihrer Qualität unterscheidet. Eine persönliche Beziehung sei laut Barhofer (2018) daher auch über den Bildschirm möglich. Sie bezieht sich dabei unter anderem auf eine Studie von Germain et al. (2010), in welcher Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung eine kognitiv verhaltenstherapeutische Psychotherapie entweder über Videotelefonie oder im persönlichen Setting erhielten. Dabei zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der therapeutischen Beziehung in den beiden Settings. Jedoch unterscheiden sich die Kognitive Verhaltenstherapie und die

Integrative Gestalttherapie gänzlich in ihrer Herangehensweise und ihrem therapeutischen Beziehungsverständnis und entsprechende Vergleichsstudien der beiden Therapierichtungen zur Validierung dieser Annahme fehlen.

1.3.3 Phänomenologisches Vorgehen

Das phänomenologische Explorieren ist die grundlegende Vorgehensweise der Integrativen Gestalttherapie. Es ist eine mit allen Sinnen im Hier und Jetzt entstehende Interaktion, welche die Neugier und das forschende Interesse von Psychotherapeut*in und Klient*in braucht (Fuhr, 2001). Es ist von therapeutischer Seite ein Einlassen auf die Erfahrungswelt der Klient*innen und ein Beobachten von auftretenden Phänomenen (Joyce & Sills, 2015).

Der Fokus liegt auf dem „Wie“ und dem „Was“ dessen, was sich in dem Moment bei dem*der Klient*in zeigt. Dies steht im Gegensatz zu dem „Warum“, welches etwa im psychoanalytischen Prozess großen Stellenwert hat (Yontef, 1999). So kann das individuelle Erleben und die ganz eigene Bedeutungsgebung hervortreten. Der Körper und vor allem der spürende Leib spielen dabei eine wichtige Rolle. Körperhaltungen, Mimik, Gestik, Körperempfindungen etc. werden einbezogen beziehungsweise bilden den Ausgangspunkt für weiteres Explorieren (Staemmler, 2001). Bereits der Phänomenologe Merleau-Ponty (1966) betonte, dass der Leib der Ort der Wahrnehmung ist. So sind letztlich alle Sinneswahrnehmungen leibliche Wahrnehmungen. Es wird etwa nicht nach bestimmten Gefühlen gefragt, sondern eine körperliche Empfindung in ihrer Individualität erforscht (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Das phänomenologische Vorgehen hat nicht zum Ziel, verallgemeinernde Aussagen zu treffen oder unmittelbar Lösungen zu finden (Fuhr, 2001). Jedoch kann dieses Vorgehen, die Wahrnehmung des*der Klient*in so genau wie möglich nachvollziehen zu wollen und die teilnehmende, interessierte, annehmende und aufmerksame Haltung des*der Therapeut*in an sich schon heilsam sein (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Die Mitteilungen des*der Klient*in wiederum sollen von dem*der Therapeut*in nicht nur kognitiv wahrgenommen, sondern ganzheitlich verstanden werden. In diesem Schritt treten das Sehen, Hören und Fühlen in den Vordergrund. Beobachtungen und die Resonanz des*der Psychotherapeut*in werden wesentliche Instrumente im Prozess (Joyce & Sills, 2015).

Die Informationen, welche sich dem*der Therapeut*in in dieser Weise zeigen, können in der Folge als Rückmeldung an den*die Klient*in formuliert werden, sofern der*die Psychotherapeut*in zur Einschätzung kommt, dass der Zeitpunkt dafür angemessen ist. Wenn dies der Fall ist, kann eine solche Rückmeldung für den*die Klient*in bewusstseinsweiternd sein (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Die Förderung der Bewusstheit führt weiter dazu, dass sich konkrete Gestalten bilden können. Dabei hebt sich eine Figur vor einem Hintergrund ab. L. Perls (2005) betont die Bedeutung, welche eine kontinuierliche Gestaltbildung für den therapeutischen Fortschritt habe. Die Gestalten sind Bedürfnisse, Wünsche oder Hoffnungen, welche das weitere Vorgehen informieren. Wenn Gestalten nicht befriedigt werden und in den Hintergrund treten können, kommt es zu sogenannten fixierten Gestalten. Gremmler-Fuhr (2001) beschreibt, dass durch gelingende Gestaltbildung auch der Kontakt besonders intensiv und fokussiert werden kann.

Im phänomenologischen Vorgehen zeigen sich die offenen oder fixierten Gestalten. Diese weisen darauf hin, dass Bedürfnisse im Laufe des Lebens nicht erfüllt werden konnten und nun von dem*der Klient*in gehalten werden müssen. Meist deutet abweichendes Verhalten, eine Änderung der Sprechweise oder die Form der Beziehungsgestaltung auf solche unerledigten Geschäfte hin, die dann von dem*der Therapeut*in aufgegriffen und gemeinsam weiter reflektiert werden können (Schigutt, 2018).

Die wesentlichen Merkmale des phänomenologischen Prozesses werden von Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) wie folgt beschrieben:

- *Erkunden der gegenwärtigen Erfahrung:* Der*die Therapeut*in bittet den*die Klient*in die eigene Erfahrung möglichst genau zu beschreiben und auch körperliche Empfindungen einzubeziehen.
- *Einklammern von vorschnellen Meinungen:* Der*die Therapeut*in ist sich der auftauchenden eigenen Haltungen und Urteile bewusst und klammert diese bewusst ein um Raum zu geben für das tatsächliche Erleben des Gegenübers.
- *Beschreiben der Wahrnehmungen:* Der*die Therapeut*in beschreibt möglichst genau, was er*sie wahrnimmt. Das Beschreiben des*der Klient*in wird in gleicher Weise unterstützt und leitet dazu an, möglichst nahe am Erleben zu bleiben. „Immer wieder wird durch die Frage: ‚Und was geschieht jetzt?‘ (phänomenologisches Nachfolgen) dem Klienten gefolgt und die Entfaltung des Prozesses unterstützt“ (Votsmeier-Röhr& Wulf, S.188).
- *Gleiche Gewichtung:* Der*die Therapeut*in entscheidet nicht, welche Beobachtungen von besonderer Bedeutung sind, sondern nimmt alle auftretenden Phänomene gleich wichtig.
- *Rückmeldung:* Der*die Therapeut*in kann im Sinne der Bewusstseinsweiterung immer wieder eigene Wahrnehmungen, die eigene Resonanz oder auftauchende Bilder und Vorstellungen an den*die Klient*in rückmelden.

Viele Klient*innen müssen im Laufe dieses Prozesses erst wieder lernen, sich selbst in dieser Weise zu erleben, körperliche Empfindungen genau und ohne vorschnelle Bewertung wahrzunehmen und somit selbst die phänomenologische Haltung einzunehmen (Schigutt, 2018). Dieser Fokus auf das unmittelbar Wahrnehmbare zeigt sich auch in der paradoxen Theorie der Veränderung. Arnold Beisser (1998) vermutete, dass diese in Perls' Arbeit und Techniken implizit immer enthalten war, formulierte sie jedoch als Erster explizit aus. Die paradoxe Theorie der Veränderung besagt, dass das Sein mit sich selbst und mit dem was ist, Veränderungsprozesse in Gang bringen kann. Nicht jedoch das verbissene

Streben nach Veränderung oder der Wunsch, dass der*die Psychotherapeut*in diese Veränderung bewirken möge.

Vom Beginn des Lebens an bilden sich laufend Gestalten und nicht alle dabei auftretenden Bedürfnisse können befriedigt werden. Sie bleiben somit offen und müssen von der jeweiligen Person gehalten werden. Dadurch kommt es zu bestimmten Verhaltensweisen, die dem*der Klient*in oft nicht bewusst sind, aber damit in Verbindung stehen. Im Rahmen des phänomenologischen Vorgehens können diese Auffälligkeiten im Verhalten oder in der Beziehungsgestaltung aufgegriffen und reflektiert werden (Schigutt, 2018).

Ein Ziel im integrativ-gestalttherapeutischen Prozess ist die Unterstützung der kreativen Anpassung. Dies betrifft die Auseinandersetzung mit sich selbst im Sinne der Selbstregulierung und Persönlichkeitsintegration sowie die interpersonelle Beziehungsgestaltung (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Die Unterstützung des*der Klient*in bei diesen Prozessen kann im phänomenologischen Explorieren stattfinden oder darüber hinaus durch verschiedene Techniken unterstützt werden.

1.3.4 Phänomenologisches Vorgehen und Telepsychotherapie

Im ersten Schritt des phänomenologischen Explorierens, in welchem der*die Therapeut*in den*die Klient*in darum bittet, das eigene Erleben möglichst genau zu beschreiben, ist der Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie durchaus vorstellbar, sofern sich der*die Klient*in damit wohlfühlt. Es gibt auch Hinweise aus Studien, dass Therapeut*innen bei ihren Klient*innen mehr Innenschau beobachten (Poltrum et al., 2020). In der Folge ist es jedoch wichtig, dass der*die Therapeut*in die Mitteilungen des*der Klient*in mit allen Sinnen wahrnehmen kann. Dabei sind sowohl der Videotelefonie und im Besonderen auch der Sprachtelefonie deutliche Grenzen gesetzt. Die bisherige Forschung belegt wenig überraschend, dass eine weniger umfassende Wahrnehmung des*der Klient*in und seines*ihres Befindens beim Einsatz von Sprach- oder

Videotelefonie möglich wird (McBeath et al., 2020; Jesser et al., 2022; Stoll et al., 2020). Auch Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung sind nach Ansicht einiger Psychotherapeut*innen weniger wahrnehmbar (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020; Poltrum et al., 2020). Somit könnte eine vertiefende phänomenologische Auseinandersetzung nur eingeschränkt möglich sein. Dies würde in der Folge bedeuten, dass der bewusstseinserweiternde Aspekt des phänomenologischen Explorierens nicht vollständig zum Tragen kommen könnte.

Wie gut die Gestaltbildung im Rahmen der Telepsychotherapie gelingen kann, soll sich im Rahmen dieser Erhebung deutlicher zeigen. Einerseits ist es vorstellbar, dass die bewusstseinserweiternde Arbeit nur eingeschränkt stattfinden kann, die auch für die Gestaltbildung wesentlich ist. Andererseits gibt es aus der bisherigen Forschung Hinweise, dass ein sehr fokussiertes Arbeiten möglich ist (Mitchell, 2020; Poltrum et al., 2020), was doch auf sich deutlich abhebende Figuren hinweisen könnte. Manche Psychotherapeut*innen vermuten, dass ein erhöhter Fokus der Klient*innen auf sich und die inhaltliche Auseinandersetzung möglich sei, weil durch die eingeschränkte Sinneswahrnehmung weniger äußere Reize zu verarbeiten seien (Jesser et al., 2022).

Die theoretischen Überlegungen zur Virtualität und technologisch unterstützten Erlebnissen in Bezug auf die Leiblichkeit werden in der anthropologischen Position der Integrativen Gestalttherapeut*innen in Österreich deutlich. Das leibliche Spüren sei nur dann möglich, wenn eine Person sich tatsächlich an einem Ort befinde und diesen nicht lediglich virtuell besuche (Nausner, 2018). Im zwischenmenschlichen Kontakt ist eine ganzheitliche Wahrnehmung des Gegenübers für die Entwicklung von Empathie und die Einfühlung in das Erleben einer Person notwendig. Die Wechselseitigkeit dieses Erlebens wird „zwischenleibliche Resonanz“ genannt (Fuchs, 2021, S.124). In der österreichischen Studie auf welche Julia Stammer (2021) sich bezieht, wird eine solche Einschränkung der zwischenleiblichen Resonanz, im Hinblick auf die therapeutische Beziehung beschrieben.

Zwei europäische Artikel von Gestalttherapeuten beschäftigen sich mit dem Aspekt der Leiblichkeit in der Telepsychotherapie und sehen den Umstand der persönlichen Abwesenheit eher als wichtige Herausforderung denn als Einschränkung. David Picó Vila als Gestalttherapeut und Computerwissenschaftler argumentiert als Hauptautor eines Beitrags zur Telepsychotherapie durchgehend für deren Einsatz und beschreibt, dass er den Bildschirm und das Hören über Kopfhörer wie Prothesen erlebe, mit Hilfe derer er, solange er im Gewahrsein um den eigenen Körper sei, ebenso gut in die Erfahrung eintauchen könne (Picó Vila et al., 2021). Man könnte also sagen, er erlebt die Kontaktgrenze entlang der technischen Hilfsmittel. Ganz ähnlich beschreibt Gianni Francesetti (2020) in einem Interview zu Telepsychotherapie, dass er keine Unterschiede in Bezug auf Leiblichkeit erlebe, solange er sich selbst daran erinnere diese einzubeziehen, also etwa auch die nicht sichtbaren Körperteile bewusst wahrzunehmen. Er bezieht sich in dieser Argumentation auf die Unterscheidung zwischen dem Körper als Objekt und dem spürenden Leib, wie dies bei Husserl und Merleau-Ponty unterschieden wird. Darüber hinaus beschreibt er, dass etwa die Unmöglichkeit des Körperkontakts in dem Moment nicht mehr von Bedeutung ist, wo dieser in der Vorstellung passieren kann. Wenn etwa der*die Therapeut*in beschreibt, dass er*sie in diesem Moment diesen Impuls verspürt, sei das in der Erfahrung von Francesetti (2020) für den*die Klient*in ebenso bedeutungsvoll wie das tatsächliche Erleben dessen.

Bei diesen Beiträgen handelt es sich um die Sichtweisen einzelner Forschender, was kaum die Vielfalt der bestehenden Haltungen und Erfahrungen abbilden kann. Auch aus integrativ-gestalttherapeutischer Sicht liegt bereits eine erste Studie zu diesem Thema von Stammer (2021) vor, die sich dabei auf Ausschnitte aus der ÖAGG-Studie von Höfner, Hochgerner et al. (2021) bezieht.

Die Aspekte der kreativen Anpassung sind im Hinblick auf die Telepsychotherapie zu reflektieren. Die bei der Selbstregulierung notwendig werdende Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich könnte im Rahmen der Telepsychotherapie erschwert sein, da Fuchs (2021) beschreibt, dass es durch die

fehlenden Informationen zu Projektionen kommen kann und genau diese gegenseitige Einfühlung nicht in der gleichen Form stattfinden kann. Die Persönlichkeitsintegration braucht vor allem passende Interventionen. Es stellt sich hierbei also die Frage, ob diese angewandt werden können. Die interpersonelle Regulierung hängt im Wesentlichen von einer gelingenden dialogisch orientierten Beziehungsgestaltung ab und kann im Hinblick auf Telepsychotherapie mit diesem Hintergrund bewertet werden.

1.3.5 Techniken der Integrativen Gestalttherapie

Im gestalttherapeutischen Vorgehen sollen die Erfahrungen von Klient*innen bearbeitet werden, während sie für diese lebendig und ganzheitlich erlebbar sind. Deshalb werden zuweilen bestimmte Methoden und Techniken eingesetzt, um diese Aktivierung der verschiedenen Elemente der Erfahrungen zu ermöglichen. Experimente, szenische oder kreative Interventionen können hilfreich sein, um dies zu erreichen. Dieser Prozess hat nicht das oberste Ziel, alles Unbewusste hervorbrechen zu lassen, was großen Schmerz bedeuten kann, sondern es soweit wahrzunehmen, dass es als Teil der eigenen Erfahrungen und Identität integriert werden kann (Fuhr, 2001). Somit ist oft auch ein schrittweises und behutsames Vorgehen angezeigt, wie es bereits Lore Perls (2005) beschrieb. Die gestalttherapeutischen Demonstrationen, die Fritz Perls in den Anfängen mit Ausbildungskandidat*innen durchführte, fokussierten wenig auf die therapeutische Beziehung und würden bei einigen Klient*innen durchaus auch Schaden anrichten. Daher sind auch einige dieser Techniken nicht mehr Teil der gestalttherapeutischen Arbeit. Dieser von F. Perls praktizierte Stil verlieh der Gestalttherapie dennoch über längere Zeit den Ruf, dass die Techniken bei dieser Therapieform im Vordergrund stehen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Interventionen sollen nach Staemmler (2001) immer nur aus der Beziehung heraus und nicht davon losgelöst angewendet werden. In dialogischer Haltung ist der*die

Therapeut*in ein spürbares Gegenüber und nicht der*die allwissende Expert*in und so werden Techniken in einem gemeinsamen Prozess eingesetzt.

Techniken können zum Zwecke der individuellen Bedeutungsgebung, der Erweiterung des Bewusstseinskontinuums, der Verantwortungsübernahme für sich selbst, bei kreativen Anpassungsprozessen, Selbstexploration und Selbstgestaltung eingesetzt werden (Staemmler, 2001).

Übungen sind Techniken, welche oft mit einem bestimmten Ziel angeboten werden und unterscheiden sich dadurch von anderen Techniken in der Gestalttherapie (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Anders als eine Übung ist ein *Experiment* ein speziell für die jeweilige Situation entwickeltes Angebot des*der Therapeut*in, das immer aus dem gemeinsamen Prozess entsteht. Somit ist es stark dialogisch orientiert. Ein Experiment ist immer ein Versuch, mehr Informationen zu erhalten, also mehr Beobachtungen und Erfahrungen zu machen, die bei der Bedeutungsfindung hilfreich sind oder neue Verhaltensweisen ermöglichen (Staemmler, 2001). Der Schutz des therapeutischen Raums macht es möglich, gewisse Risiken einzugehen und dadurch Neues zu entdecken. Dies wird auch als eine Erweiterung der „Ich-Grenze“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 192) bezeichnet. Dabei gibt der*die Therapeut*in lediglich den Anstoß und begleitet den Prozess und erklärt nicht, wie ein bestimmtes Verhalten auszuführen ist oder welche Bedeutung einzelne Aspekte haben. Damit unterscheidet sich die Gestalttherapie ganz deutlich von sowohl der Verhaltenstherapie als auch der Psychoanalyse. Wichtig für ein erfolgreiches Experiment ist es, dass der*die Klient*in ausreichend Motivation mitbringt, sich darauf einzulassen und der „Schwierigkeitsgrad“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 194) für die Situation und die Person angemessen gewählt wird, da es sonst dazu kommen kann, dass das Experiment entweder belanglos oder überfordernd wird (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Experimente können entweder im Rahmen der Therapieeinheit stattfinden oder auch im Sinne von Hausaufgaben im Alltag eingesetzt werden (Staemmler, 2001).

Bei der Umsetzung von Techniken finden *Kreative Medien* in der Gestalttherapie häufig Anwendung. Malen, Zeichnen und Gestalten können Teil von verschiedensten Interventionen sein. Die Begründer*innen der Gestalttherapie Fritz und Lore Perls hatten ein großes Interesse und einen breiten Erfahrungsschatz in Bezug auf Kunst. Dies beinhaltet darstellende Kunst, bildnerische Kunst, Lyrik und vieles mehr. Sie erkannten, dass die kreative Auseinandersetzung mit einer Thematik einen Zugang zu Dingen ermöglicht, die verbal nicht erfassbar sind. Die wichtigen Interaktionen von Wahrnehmen und Verstehen, die im therapeutischen Prozess gefördert werden sollen, sind oft besonders gut mit Hilfe von kreativen Materialien möglich, die dem Ausdruck und der Gestaltung dienen (Hochgerner, 2015). Lore Perls (2005) sah darüber hinaus auch den*die Psychotherapeut*in als Künstler*in. Als therapeutisch begleitende Person sei es nicht nur wichtig wissenschaftlich ausgebildet zu sein, sondern sich wie ein*eine Künstler*in intuitiv und unmittelbar einzubringen.

Auch *szenische Interventionen*, wie Rollenspiele und Aufstellungen, werden häufig eingesetzt. Fritz Perls hatte selbst ein großes Interesse am Theater und integrierte Ansätze aus dem von Jacob Levy Moreno begründeten Psychodrama in die Gestalttherapie (Votsmeier-Rör & Wulf, 2017).

Verschiedene Techniken mit dem *leeren Stuhl* finden in der Gestalttherapie Anwendung. Sie wurden aus Interventionen des Psychodramas entwickelt und gehören nun zu den bekannteren Techniken der Gestalttherapie (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Klient*innen werden dabei angeleitet, entweder mit einer vorgestellten Person oder mit einem eigenen Anteil ins Gespräch zu kommen (Staemmler, 2009). Dabei wird entweder ein Gegenüber auf dem anderen Sessel angesprochen oder es kommt auch zu einem Wechsel der Positionen und somit ein Hineinversetzen in andere Personen oder Selbstanteile (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Angeleitete *Imaginationen* können hilfreich sein, um bestimmte Situationen oder Erfahrungen detailreich zu visualisieren und daraus Erkenntnisse zu gewinnen (Votsmeier-Röhr & Wulf 2017).

1.3.6 *Therapeutische Techniken und Telepsychotherapie*

In den bisherigen Studien berichteten Studienteilnehmer*innen unterschiedlicher therapeutischer Schulen, dass es beim Einsatz von Sprach- und/oder Videotelefonie zu Einschränkungen oder Herausforderungen beim Einsatz von therapeutischen Interventionen kommen kann (Jesser et al., 2022; McBeath, 2020; Poltrum et al., 2020). Es gibt darüber hinaus Hinweise, dass speziell szenische Interventionen, Körperinterventionen und der Einsatz von kreativen Medien erschwert sein könnte (McBeath et al., 2020; Poltrum et al., 2020). Von manchen Autor*innen wird bereits die Möglichkeit der Adaption von Techniken thematisiert, die im Sinne der kreativen Anpassung und des Experimentierens verändert werden sollen. Konkrete Beschreibungen, wie dies geschehen kann und wie vor allem die für die Gestalttherapie besonders relevanten Techniken ersetzt oder umgestaltet werden können, bleiben aus (z.B. Picó Vila et al., 2021).

1.3.7 *Psychiatrische Diagnosen in der Integrativen Gestalttherapie*

Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass Krankheit besteht, wenn die kreative Anpassung der Person in ihrem Lebensraum nicht ausreichend gelingt (Neumayr, 2016). Die Beziehung der Gestalttherapie zur psychiatrischen Diagnostik war lange eine angespannte. Auch Staemmler (1993) betont, dass herkömmliche Diagnosesysteme die Person zum Objekt machen. Inzwischen wird die diagnostische Einschätzung von Klient*innen jedoch von einigen Vertreter*innen als hilfreich empfunden. Joyce und Sills (2015, S.84) beschreiben dies sehr treffend in folgender Weise: „Wenn wir unseren Klienten wirksam helfen wollen, müssen wir dafür offen sein, Wiederholungsmuster, eingefahrene Gestalten und gewohnheitsmäßiges Kontaktverhalten zu sehen und zu benennen,

damit wir verstehen können, wie ihr Kontakt zum Umfeld die Schwierigkeiten miterzeugt.“ Insofern kann eine Behandlung sich auch an den bei spezifischen Störungsbildern häufiger auftretenden Herausforderungen im Sinne von Hypothesen orientieren, welche im gemeinsamen Prozess überprüft werden.

Im Bereich der Traumafolgentherapie haben sich bestimmte Haltungen und Interventionen bewährt, die gut mit der Integrativen Gestalttherapie vereinbar sind und sich auf Basis einer dialogischen Haltung sowohl mit der leiblichen als auch der psychischen Integration und somit dem Schließen einer offenen Gestalt befassen. Die therapeutische Beziehung wird in diesem Zusammenhang als „heilende Begegnung“ (Butollo, Krüsmann & Hagl, 1998, S. 53) betrachtet und hat somit einen zentralen Stellenwert für die erfolgreiche Durchführung einer Traumafolgentherapie. Gleichzeitig ist eine möglichst rasch einsetzende Intervention aus humanistischer Sicht durch die Schwere der Symptomatik gegeben. Diese bietet zudem eine verbesserte Prognose der erfolgreichen Behandlung von Traumafolgestörungen (Hoffmann-Widhalm, 2018).

Bei der Arbeit mit Menschen, welche strukturelle Defizite haben, werden in der jüngeren Integrativen Gestalttherapie ebenso bestimmte Haltungen beschrieben, um mit den betroffenen Klient*innen zu arbeiten. Dabei ist im Sinne von Lore Perls (2005) eine vermehrte Stütze durch den*die Therapeut*in entweder als Hilfs-Ich und im übertragenen Sinn hinter oder begleitend neben dem*der Klient*in indiziert. Dies bedeutet eine vermehrte Verantwortungsübernahme durch den*die Therapeut*in und betont den Wert der therapeutischen Beziehung. Jedoch wird diese Beziehung durch frühere Erfahrungen und die im Kontakt entstehende Angst immer wieder gestört. Zusätzlich zu Selbstzweifeln führen besonders Unterbrechungen, Verwirrung oder Missverständnisse zu Verunsicherungen, die erkannt und aufgegriffen werden müssen (Klampfl, 2016).

1.3.8 Psychiatrische Diagnosen und Telepsychotherapie

Es brauchen somit jene Menschen, die an akuten Traumafolgen leiden, wie auch jene, die in ihrem Leben sehr frühe Verletzungen erlitten haben, welche sich in Form von strukturellen Defiziten zeigen, eine besonders stabile therapeutische Beziehung (Butollo & Karl, 2012; Klampfl, 2016). Bisherige Ergebnisse aus Studien zeigen besonders bei diesen Klient*innengruppen Schwierigkeiten bei der Anwendung von Telepsychotherapie. Es wird aufgrund der Erfahrungen, welche Psychotherapeut*innen in der Behandlung dieser Klient*innengruppe gemacht haben, von diesen oft keine Empfehlung für den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie bei deren Behandlung ausgesprochen (Jesser et al., 2022; Poltrum et al., 2020).

Ob die Einschätzungen von Integrativen Gestalttherapeut*innen diese Sicht bestätigen, soll in dieser Arbeit im Rahmen der Frage nach einer grundsätzlichen Empfehlung von Telepsychotherapie beziehungsweise ihrem Einsatz mit bestimmten Zielgruppen nachgegangen werden.

2 METHODE

Im folgenden Methoden-Abschnitt wird zu Beginn der Forschungsprozess detailliert beschrieben. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Studie dargestellt.

Die Beschreibung des Forschungsprozesses beinhaltet die theoretischen und methodischen Zugänge, die Datenquellen und Beschreibungen der Erhebungsinstrumente und des Erhebungskontextes, den Zugang zum Forschungsfeld, die Samplingstrategie und Samplebeschreibung sowie forschungsethische Fragen, das Auswertungsverfahren und den konkreten Auswertungsprozess der Daten. Zusätzlich sind Reflexionen meinerseits als Forscherin zu den einzelnen Abschnitten eingeflochten, um den Reflexionsprozess darzustellen und die Transparenz in Bezug auf subjektive Anteile und Einschätzungen zu erhöhen.

Aufbauend auf den bisherigen Studien zu Telepsychotherapie allgemein und während der COVID-19-Pandemie im Speziellen stellte sich die Frage nach einem integrativ-gestalttherapeutischen Blick auf den Einsatz von Sprach- und Videotelefonie.

Es wurde von Forschenden des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und der Universität Wien eine Online-Befragung zu zwei Erhebungszeitpunkten durchgeführt. Dabei wurden zusätzlich zu quantitativen Daten auch qualitative Daten in Form von Freitextfeldern zur offenen, schriftlichen Beantwortung einzelner Fragen erhoben (Höfner, Mantl et al., 2021; Korunka et al., 2021). Eine qualitative Erhebung ist geeignet zum Generieren von Hypothesen und für eine beschreibende Darstellung einer Situation (Schmitt, Gahleitner & Gerlich, 2014). Es besteht also eine weit größere Offenheit für vielfältige Antworten als dies in einer rein quantitativen Studie der Fall wäre.

Folgende Forschungsfragen wurden als Ausgangspunkt für die Forschung gestellt:

- Welche Einschränkungen ergeben sich für Integrative Gestalttherapeut*innen im Hinblick auf das Vorgehen im therapeutischen Prozess beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie
- Welche Möglichkeiten zeigen sich im therapeutischen Prozess für Integrative Gestalttherapeut*innen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie?

2.1 Theoretische und methodische Zugänge

Die Erhebung der im Fokus der Forschungsfrage stehenden Aspekte fand im Rahmen der oben erwähnten Online-Befragung statt, welche in den Jahren 2020 und 2021 von Mitarbeiter*innen des ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik) und der Universität Wien durchgeführt wurde. Interesse bestand vor allem daran, wie Psychotherapeut*innen mit dem unvorbereiteten Einsatz von Sprach- und Videotelefonie umgingen bzw. wie sich ihre Haltung zu diesen Medien im Zuge dessen darstellte. Die Erhebung der Daten fand zu zwei Erhebungszeitpunkten statt und zwar von 23.04.–31.05.2020 und von 26.11.2020 – 03.01.2021. Es handelt sich hierbei um speziell gewählte Zeiträume, da es währenddessen jeweils Ausgangsbeschränkungen für die österreichische Bevölkerung gab. Der öffentliche Raum durfte nur aus ein paar wenigen, bestimmten Gründen betreten werden (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich II Nr.98, 2020). Die Durchführung von persönlichen Psychotherapie-Sitzungen war zwar nicht untersagt, empfohlen wurde es jedoch, Psychotherapie mit Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie durchzuführen. Entsprechende Informationen waren über den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie abrufbar (www.psychotherapie.at). Somit gewann das Thema Telepsychotherapie an Aktualität und die Gruppe der Psychotherapeut*innen, welche diese einsetzten, vergrößerte sich in kürzester Zeit (Uhl et al., 2020).

Mit der Gruppe der Forschenden ergaben sich dabei zwei Publikationen (Höfner, Mantl, Korunka, Hochgerner & Straßer, 202; Korunka, Höfner, Straßer, Hochgerner & Mantl, 2021).

Im Online-Fragebogen waren insgesamt 44 Fragen, davon 40 geschlossene und vier offen gestellte Fragen enthalten. Drei der vier offenen Fragen wurden für diese Arbeit herangezogen und die Gruppe der Integrativen Gestalttherapeut*innen herausgefiltert.

Die Fragen lauten:

- Auf welche Methoden/Vorgangsweisen (therapeutische Möglichkeiten) müssen Sie aufgrund des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie verzichten?
- Eröffnen sich für Sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche?
- Würden Sie Sprach- oder Videotelefonie für die therapeutische Arbeit nach der Krise empfehlen? Wenn ja, wem?

Einige Studien zu Telepsychotherapie haben sich mit ähnlichen Fragen beschäftigt und ihre Befragungen ebenfalls im Jahr 2020 durchgeführt (z.B. Jesser et al., 2022; McBeath et al., 2020; Mitchell, 2020; Poltrum et al., 2020). In dieser Arbeit sollen die Aspekte aus der Perspektive der Integrativen Gestalttherapie als humanistisches, beziehungsorientiertes, phänomenologisches, körperorientiertes und experimentelles Verfahren (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017) beleuchtet werden. Diese Sichtweise bildet die theoretische Basis für die oben erwähnten Forschungsfragen.

Es wurde methodisch ein qualitativer Zugang gewählt, weil qualitative Forschung bei jenen praktischen und komplexen Vorgängen angewendet wird, bei denen verschiedene Dynamiken, Emotionen oder Haltungen im Zentrum des Interesses stehen (Ramsenthaler, 2013). Qualitative Forschung hat somit einen kommunikativen Charakter wie auch einen Prozesscharakter (Mayring, 2015). Die Auseinandersetzung von Psychotherapeut*innen mit Sprach- und/oder

Videotelefonie in der Psychotherapie im Rahmen der COVID-19-Pandemie verlangt einen solchen Zugang, weil zu diesem Zeitpunkt viele Psychotherapeut*innen zum ersten Mal diese Form der Kommunikation im therapeutischen Rahmen einsetzten (Uhl et al., 2020), es sich um eine vielfältige Gruppe von Psychotherapeut*innen mit unterschiedlichen Haltungen und Erfahrungen in Bezug auf Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie handelt und der Einsatz auch in einer speziellen Situation und mit wenig Vorbereitung geschah. Um die für diese Situation und Personengruppe spezifischen Erfahrungen in ihrer Vielfältigkeit zu erfassen, wurden die relevanten Fragestellungen im Rahmen dieser Arbeit als offene Fragen formuliert, wodurch sich methodisch eine qualitative Auswertung der Daten ergibt.

2.2 Reflexion des Entstehungskontextes und von subjektiven Vorannahmen

Die Arbeit wird im Kontext des Studiums „Psychotherapie-Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie“ zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science verfasst. Somit nehmen die vielfältigen Erfahrungen auf theoretischer wie auf praktischer Ebene, die sich im Zuge des Studiums ergaben, auf die spezielle Sichtweise in dieser Master-Thesis Einfluss.

Zum Thema Telepsychotherapie im integrativ-gestalttherapeutischen Prozess bestehen gewisse Vorerfahrungen, die zum Einen meinerseits gemacht wurden, weil zu den Zeitpunkten der Erhebung auch eigens durchgeführte integrativ-gestalttherapeutische Psychotherapien mit dem Einsatz von Sprach- und Videotelefonie stattfanden und auch in der eigenen Lehrtherapie und Lehrsupervision Einheiten über Videotelefonie abgehalten wurden. Meinerseits gab es daher ein bewusstes Bemühen um eine unvoreingenommene Auswertung der vorliegenden Daten und eine Distanzierung von den eigenen Erfahrungen. Weitere Erfahrungen der Kolleg*innen wurden auch intervisorisch an mich herangetragen. Dabei entstand der Eindruck, dass es teilweise stark entgegengesetzte Haltungen zum Thema gab, die von Euphorie bis zu starker

Ablehnung reichten und sich viel in diesen Polaritäten aufhielten. Von erfahrenen Psychotherapeut*innen wurden in meiner Erfahrung mehr kritische Haltungen geäußert. Diese starken Gegensätze waren es, die einen Teil der Faszination mit diesem Thema ausmachten. Zudem erscheint auch eine Generierung von Wissen und Erfahrung zu dem Thema wichtig, um die notwendige Professionalität der therapeutischen Arbeit mit dem Einsatz von Sprach- und/oder Videotelefonie sicher zu stellen.

2.3 Zugang zum Forschungsfeld

Im Rahmen der Erhebung der Daten wurden Psychotherapeut*innen der Berufsliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) über eine E-Mail zu einer Online-Befragung über SoSci Survey eingeladen. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden nur jene Psychotherapeut*innen eingeladen, welche angaben, dass sie erneut befragt werden wollten.

2.4 Samplingstrategie, Samplebeschreibung

Aus der Gesamtbefragung wurden drei qualitative Fragen ausgewählt, weil durch diese die Forschungsfrage am besten beantwortet werden kann. Die weitere qualitative Frage in der Erhebung bezog sich auf die verwendeten Tools für den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie.

Die Gesamtzahl der im Rahmen der ursprünglichen Studie berücksichtigten Fragebögen betrug zum ersten Erhebungszeitpunkt 743 und zum zweiten Erhebungszeitpunkt 212. Aktuell sind 11 147 Personen in die Berufsliste der Psychotherapeut*innen eingetragen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023), es kann somit für die Gesamtstichprobe ein Rücklauf von etwa 6,5 Prozent angegeben werden. Die Gruppe der Integrativen Gestalttherapeut*innen war in dieser Gesamtstichprobe

mit 60 Personen zum ersten Erhebungszeitpunkt vertreten, was im Hinblick auf die Gesamtzahl der eingetragenen Integrativen Gestalttherapeut*innen von aktuell 812 Personen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023) etwa einem Rücklauf von 7,5 Prozent entspricht. Sowohl von der Gesamtstichprobe als auch der Untergruppe der Gestalttherapeut*innen nahm mehr als ein Viertel der Befragten (212 Psychotherapeut*innen gesamt, davon 21 Integrative Gestalttherapeut*innen) zum zweiten Erhebungszeitpunkt erneut teil.

Das Gesamtsample, welches in Tabelle 1 dargestellt wird, besteht aus jenen Psychotherapeut*innen, die zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt auf zumindest eine der drei für die Auswertung relevanten qualitativen Fragen geantwortet haben. Dieses Sample umfasst 709 Teilnehmer*innen zum ersten Erhebungszeitpunkt und 212 Teilnehmer*innen zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Die Ergebnisse dieser Auswertung wurden bereits in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung (Korunka et al., 2021) dargestellt.

Tabelle 1

Gesamtsample

	1.Erhebungszeitpunkt	2.Erhebungszeitpunkt
Psychotherapeut*innen gesamt	709	212
weiblich	565	158
männlich	143	54
divers	1	0
Personen im Alter von 25 – 44 Jahren	134	25
Personen im Alter von 45 – 54 Jahren	274	82
Personen im Alter von 55 Jahren und älter	301	105

Aus diesem Sample wurden in weiterer Folge jene Fälle ausgewählt, bei welchen es sich um Integrative Gestalttherapeut*innen handelte, da speziell der integrativ-gestalttherapeutische Blick in der Forschungsfrage behandelt wird. Das Sample wird in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

*Sample Integrative Gestalttherapeut*innen*

	1.Erhebungszeitpunkt	2.Erhebungszeitpunkt
Integrative Gestalttherapeut*innen gesamt	58	21
weiblich	51	16
männlich	7	5
divers	0	0
Personen im Alter von 25 – 44 Jahren	11	2
Personen im Alter von 45 – 54 Jahren	23	8
Personen im Alter von 55 Jahren und älter	24	11

2.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente und der Erhebungskontexte

Der online eingesetzte Fragebogen enthält quantitative Fragen zur Arbeitssituation und zum Wohlbefinden der Psychotherapeut*innen während des Erhebungszeitraums und zu einer möglichen Änderung der Themen in der Psychotherapie. Informationen zu Sprach- und/oder Videotelefonie wurden zum Teil auch quantitativ erhoben (Ausmaß, Vorerfahrung). Dazu kamen die qualitativen Fragen zu den Erfahrungen mit Sprach- und/oder Videotelefonie. Durch die Erhebung als schriftlicher Online-Fragebogen war bei den offenen Fragen keine Rückfrage bzw. gemeinsame Verständigung auf Bedeutungen möglich. Gerade bei den Fragen mit dem Zusatz „Wenn ja, welche?“ (siehe Fragen

im Kapitel „Theoretische und methodische Zugänge“) wurden eigentlich zwei Fragen gestellt, die in einem Freitextfeld beantwortet werden sollten. Ein solches Vorgehen kann die Klarheit der Antworten verändern. Darüber hinaus wurde keine dichotom gestellte Ja/Nein-Frage vor dem Zusatz „Wenn ja, welche“ gestellt, was die Eindeutigkeit der Antworten wiederum einschränken könnte.

2.6 Datenquellen

Die Daten der qualitativen Fragen aus dem Forschungsprojekt des ÖAGG und der Universität Wien wurden mir nach Ende der jeweiligen Erhebung zur Verfügung gestellt. Die Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen wurden in der Folge meinerseits herausgefiltert.

2.7 Beschreibung der Daten und der Datenaufbereitung

Es wurden zur Auswertung des qualitativen Datenmaterials jeweils nach den Erhebungen Excel-Tabellen mit den Antworten der Psychotherapeut*innen vom ÖAGG zur Verfügung gestellt. Zusätzlich enthielt die Excel-Tabelle die zugeordnete Fallzahl, das Geschlecht (weiblich, männlich, divers) und die psychotherapeutische Schule der einzelnen Teilnehmer*innen (die 23 in Österreich anerkannten Richtungen und die Kategorie „ohne Zusatzbezeichnung“).

Die Antworten auf die offenen Fragen der ersten Erhebung wurden zudem einzeln als Word-Dokumente zur Verfügung gestellt. Sie sind in tabellarischer Form Zeile für Zeile dargestellt und enthalten einzelne leere Zeilen, wenn keine Antwort gegeben wurde. Die Antworten auf die drei Fragen für die Gesamtstichprobe der Integrativen Gestalttherapeut*innen zu beiden Erhebungszeitpunkten ergeben etwa 200 Seiten, wobei die Anzahl der Seiten bei der Frage zum Verzicht auf therapeutische Vorgehensweisen etwas geringer ausfällt als bei den anderen beiden Fragen. Von den 58 Teilnehmer*innen zum

ersten Erhebungszeitpunkt beantworteten 55 Personen die erste Frage zum Verzicht, 54 Personen die Frage zu den neuen Möglichkeiten und 56 Personen die Frage zu den Einsatzmöglichkeiten. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt beantworteten von den 21 Teilnehmer*innen jeweils 20 Personen die drei gestellten Fragen.

2.8 Forschungsethische Fragen

Im Online-Fragebogen wird einleitend Folgendes erläutert:

Die Studie erfüllt sämtliche Kriterien des Datenschutzes und ist freiwillig, anonym und vertraulich. Sie haben am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, ihre E-Mail-Adresse anzugeben (durch die Erhebungstechnik mittels SoSci Survey besteht keine Möglichkeit, E-Mail-Adresse und Ihre Angaben zu verknüpfen). (Höfner, Mantl et al., 2021)

Zusätzlich waren weitere Informationen zum Datenschutz angeführt. Auch eine explizite Einverständniserklärung und Bestätigung der Volljährigkeit war auszufüllen, bevor der Fragebogen begann.

Darüber hinaus wurden die Daten hinsichtlich der Inhalte der Nennungen gesichtet, um die Anonymität der Teilnehmer*innen sicherzustellen. Die Bearbeitung der Daten fand des Weiteren auf einem mit Passwort geschützten Computer statt.

Da also die Freiwilligkeit gegeben war, auf Anonymität und Datenschutz geachtet wurde und nicht davon auszugehen war, dass Personen durch ihre Teilnahme in irgendeiner Weise zu Schaden kommen würden, genügt die Erhebung forschungsethischen Ansprüchen.

2.9 Reflexion des methodischen Vorgehens

Da die Erstellung des Fragebogens von den übrigen Forschenden vorgenommen wurde, besteht keinerlei Einfluss meinerseits auf die erhobenen

Daten. Auch die verantwortlichen Mitarbeiter*innen des ÖAGG und der Universität Wien konnten aufgrund der schriftlichen Online-Befragung keinerlei Einfluss auf die einzelnen Teilnehmer*innen ausüben.

2.10 Auswertungsmethoden und Auswertungsprozess

Im nun folgenden Teil werden die Auswertungsverfahren und der Ablauf der Auswertung detailliert beschrieben.

Zur Auswertung der qualitativen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. Es handelt sich dabei um eine systematische Textanalyse, die bei Daten aus offenen Fragen in Fragebögen und entsprechend großen Stichproben zur Anwendung kommen kann (Mayring, 2000). Jede Art der fixierten Kommunikation kann so analysiert werden (Mayring, 2015).

Durch die Stichprobengröße der vorliegenden Online-Befragung kommen auch quantitative Aspekte zum Tragen. So kann die Anzahl von Nennungen durchaus eine Rolle spielen, um die Aktualität oder Bedeutung eines Themas hervorzuheben und um auch der Relevanz von nur stichwortartigen Antworten Raum zu geben. Dem kann in der qualitativen Inhaltsanalyse ebenfalls Rechnung getragen werden, weil beide Aspekte ausgedrückt werden können, wenn das zugrunde liegende Sample groß genug ist um statistische Relevanz zu erreichen (Gahleitner & Hinterwallner, 2014).

Der Ablauf der Inhaltsanalyse wird von Mayring (2015) sehr detailliert Schritt für Schritt beschrieben. Es soll nun im ersten Schritt der klassische Ablauf theoretisch dargestellt werden. Im zweiten Schritt wird der Auswertungsprozess der aus der Online-Studie vorliegenden Daten anhand dieses Ablaufs detailliert aufgezeigt.

Mayring (2000) führt zuerst vier Grundkonzepte des inhaltsanalytischen Arbeitens an:

1. *Einordnung in ein Kommunikationsmodell*: Dies beinhaltet Eigenschaften der Person, von welcher das Textmaterial stammt, sowie des Entstehungskontextes.
2. *Regelgeleitetheit*: Die Bearbeitung der Daten folgt demnach den vorgegebenen weiter unten beschriebenen Schritten.
3. *Kategorien im Zentrum*: Das Material wird Kategorien zugeordnet, die genau definiert werden und es kommt im Laufe der Analyse zu Überarbeitungen.
4. *Gütekriterien*: Nachvollziehbarkeit, Vergleichbarkeit und Reliabilität sollen gegeben sein.

(Mayring, 2000, S.3)

Auf Basis seiner Grundkonzepte legt Mayring (2015) den folgenden Ablauf fest:

1. *Festlegung des Materials*: Das zu analysierende Material muss zuerst definiert werden.
2. *Analyse der Entstehungssituation*: Der Kontext, in welchem das Textmaterial produziert wurde, muss beschrieben werden.
3. *Formale Charakteristika des Materials*: Die Form, in welcher die Daten vorliegen, muss erläutert werden.
4. *Richtung der Analyse bestimmen*: Es muss festgelegt werden, worauf der Fokus der Analyse gerichtet ist. Es kann sich dabei etwa um Emotionen, Haltungen, Gedanken oder Intentionen handeln.
5. *Theoretische Differenzierung der Fragestellung*: Die Richtung der Analyse mündet durch ihre theoriegeleitete Differenzierung in der Forschungsfrage.
6. *Bestimmung der Analysetechniken, Festlegung des konkreten Ablaufmodells*: Es geschieht in diesem Schritt eine Bestimmung, welche Vorgehensweisen verwendet werden soll. Es kann Explikation, Strukturierung und/oder Zusammenfassung sinnvoll sein. Bei der Bestimmung des Ablaufmodells wird

dies festgelegt. Mayring (2015) beschreibt diesen allgemeinen Ablauf, welcher individuell an die jeweilige Forschungsfrage angepasst werden sollte.

7. Definition der Analyseeinheiten: Die Festlegung der Analyseeinheiten präzisiert die Inhaltsanalyse. Unterschieden wird als kleinster auszuwertender Bestandteil des Textmaterials die Kodiereinheit, als größter Bestandteil die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit, die alle Texte festlegt, die nacheinander ausgewertet werden.

8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems, Zusammenfassung Explikation und/oder Strukturierung und Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material: Die Texteinheiten werden anhand des entstandenen Kategoriensystems kodiert. Je nach Fragestellung werden die Methoden der Zusammenfassung, Explikation und/oder Strukturierung durchgeführt. Eine Anpassung und ein neuerlicher Materialdurchlauf können an unterschiedlichen Punkten notwendig werden.

9. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung, Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien: Am Ende steht die Interpretation der so gewonnenen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Gütekriterien.

(Mayring, 2015, S. 62)

2.11 Auswertung des vorliegenden Datenmaterials

Das Material, der Entstehungskontext, die Aufbereitung des Materials und die Richtung der Analyse, sowie die theoretische Herleitung der Fragestellung wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich beschrieben, weshalb die Schritte 1. bis 5. schon ausreichend erläutert sind.

6. Bestimmung der Analysetechniken, Festlegung des konkreten Ablaufmodells: Zur Auswertung der vorliegenden Daten wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Schreier, 2014) verwendet. Kern der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, sich dem Datenmaterial nach der

Bildung übergreifender deduktiver Oberkategorien aus der Theorie bzw. der Befragung weiter induktiv zu nähern (Schreier, 2014). Man befindet sich im Auswertungsprozess in der Folge in einem „deduktiv-induktiven Wechselspiel“ wie Gahleitner und Hinterwallner (2014) es beschreiben. Im Zuge der Strukturierung schlägt Mayring (2015) jeweils einen Ablauf zur deduktiven und induktiven Kategorienentwicklung vor, die jeweils auch eine Rücküberprüfung beinhalten.

Das Ablaufmodell wurde adaptiert nach Mayring (2015) wie folgt festgelegt: Festlegung des Materials → Festlegung der Analysetechnik → Inhaltliche Strukturierung anhand theoretischer Vorüberlegungen → Feststellung induktiver Kategorien durch Paraphrasieren und Generalisieren → Integrieren weiterer deduktiver Kategorien → Überarbeitung der Kategorien → endgültiger Materialdurchlauf → Ergebnisdarstellung und Interpretation im Hinblick auf die Fragestellung

7. Definition der Analyseeinheiten: Es wurden die Antworten von drei der vier qualitativen Fragen ausgewählt, weil angenommen wurde, dass diese den größten Wert in Bezug auf die Forschungsfrage haben. Im Sinne des Ablaufmodells wurden aus dem Datensatz zwei Unter-Datensätze gebildet, die im weiteren als Datensatz A und Datensatz B bezeichnet werden. Datensatz A enthält alle Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen auf die Frage „Auf welche Methoden/Vorgangsweisen (therapeutische Möglichkeiten) müssen Sie aufgrund des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie verzichten?“. Damit soll die erste Forschungsfrage „Welche Einschränkungen ergeben sich für Integrative Gestalttherapeut*innen im Hinblick auf das Vorgehen im therapeutischen Prozess beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie?“ adressiert werden. Datensatz B enthält alle Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen auf die beiden Fragen: „Eröffnen sich für Sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche?“ Und „Würden Sie Sprach- oder Videotelefonie für die therapeutische Arbeit nach der Krise empfehlen? Wenn ja, wem?“. Damit soll die Forschungsfrage „Welche Möglichkeiten zeigen sich im therapeutischen

Prozess für Integrative Gestalttherapeut*innen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie?“ beantwortet werden.

8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems:

Einzelne mögliche Oberkategorien wie „therapeutische Techniken“ oder „therapeutischer Prozess“ bestanden schon vor Beginn der induktiven Kategorienbildung. Die im Material festgelegten Kodiereinheiten, also die Antworten der einzelnen Teilnehmer*innen auf die jeweiligen Fragen, sollten nun nach Mayring (2015) paraphrasiert werden. Das Umschreiben soll inhaltlich wiedergeben, was in der jeweiligen Nennung gesagt wurde, wobei alle Bestandteile, welche nicht der inhaltlichen Klarheit der Aussage dienen, weggelassen werden (Mayring, 2015). Bei Datensatz A war eine Reduktion und Paraphrasierung im vorliegenden Textmaterial kaum notwendig, da die Antworten kurz gehalten bzw. zu einem großen Teil auch stichwortartig gestaltet waren. Dies machte den Schritt der Paraphrase für den Sprung zu einem höheren Abstraktionsniveaus meist nicht mehr notwendig. Für den Datensatz B wurde, um induktive Kategorien entdecken zu können, das gesamte Material Nennung für Nennung paraphrasiert.

Tabelle 3

Bildung von Paraphrasen, Reduktionen und Kategorien

Aussagen	Paraphrasen	Reduktionen	Kategorien
„Körper muss aktiv einbezogen werden, das hat Vorteile, weil KlientIn Körperempfindungen und Bewegungen benennen muss. Damit wird automatisch mehr gefordert“ (427).	Körper aktiv einbezogen, Beschreibung von Empfindungen und Bewegungen notwendig	Mehr Beschreibungen Körper	Unterkategorie: Therapeutischer Prozess Oberkategorie: Neue Möglichkeiten

Die Paraphrasen sollen bei einem niedrigen Abstraktionsniveaus in der Folge generalisiert werden. Jene auf einem höheren Abstraktionsniveau sollen so belassen werden (Mayring, 2015).

Als Reduktionen auf niedrigem Abstraktionsniveau ergaben sich für Datensatz A 29 Begriffe und für Datensatz B 44 Begriffe. Diese Reduktionen wurden nicht als weitere Unterkategorien in das Kategoriensystem aufgenommen, sondern werden als inhaltliche Themen der jeweiligen Unterkategorie im Rahmen der Ergebnisdarstellung ausgeführt.

Durch Generalisierung der Paraphrasen entstanden für Datensatz A 10 und für Datensatz B 16 generalisierte Begriffe. Im nächsten Schritt wurden die deduktiven Kategorien wieder als Oberkategorien integriert. Das waren etwa die Kategorien „therapeutische Techniken“, „therapeutisches Vorgehen“, sowie „therapeutische Beziehung“. Diesen Oberkategorien wurden induktive Kategorien passend zugeordnet, und auch induktive Oberkategorien wurden erstellt, wie etwa „Einschränkungen Interaktion Klient*in – Therapeut*in“.

Die induktiven Unterkategorien wurden in der Folge definiert und Kodierregeln aufgestellt. Mayring (2000) beschreibt diese Definition der entstandenen Kategorien und das Festlegen von Kodierregeln als das zentrale Vorgehen an dieser Stelle und schlägt zu diesem Zweck einen Kodierleitfaden vor. Ein solcher Kodierleitfaden wurde für die beiden Datensätze erstellt und im Folgenden beispielhaft dargestellt.

Tabelle 4

Erstellen des Kodierleitfadens

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Einschränkungen der Wahrnehmung	Alle Aspekte, die von dem*der Therapeut*in in Bezug auf die Wahrnehmung einschränkend erlebt werden.	„Bei Sprachtelefonie kann ich den Körperausdruck überhaupt nicht berücksichtigen, bei der Videotelefonie kann ich mich nur auf den Oberkörper konzentrieren“ (1037)	In dieser Kategorie werden alle Nennungen zugeordnet, die sich auf Aspekte der Wahrnehmung beziehen. Es kann sich um Mimik, Gestik oder andere Körperbewegungen, emotionale oder atmosphärische Wahrnehmung handeln.

Zum Abschluss fand eine Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material statt.

Die entstandenen Kategoriensysteme zu Datensatz A und Datensatz B werden in den Tabellen 5 und 6 dargestellt. Dabei beziehen sich die zu den beiden Erhebungszeitpunkten angeführten Zahlen jeweils auf die Anzahl der Fälle, die sich auf das jeweilige Thema bezogen. Aufgrund der tendenziell kurzen Antworten in den Freitextfeldern, ergab sich pro Fall selten mehr als eine codierte Stelle zur jeweiligen Kategorie und auch in diesen Fällen wurden diese als eine Nennung betrachtet. Die einzelnen Textstellen wurden jeweils nur einer Kategorie zugeordnet und in keinem Fall doppelt codiert.

Tabelle 5

Datensatz A: Einschränkungen

Nr.	OBERKATEGORIE	UNTERKATEGORIE	EZ 1	EZ 2
OK 1	Therapeutische Techniken			
UK 1.1		Körperbezogene Interventionen	35	16
UK 1.2		Szenische Interventionen	41	10
UK 1.3		Kreative Medien	28	8
UK 1.4		Traumaspesifische Interventionen	9	4
UK 1.5		Nicht näher bezeichnete Interventionen	4	0
OK 2	Einschränkungen Interaktion Klient*in – Therapeut*in			
UK 2.1		Einschränkungen im Kontakt	15	4
UK 2.2		Einschränkungen der Wahrnehmung	13	5
UK 2.3		Einschränkungen im therapeutischen Vorgehen	3	1
UK 2.4		Einschränkungen therapeutische Umgebung	0	1
OK 3	Keine Einschränkungen		3	0

Tabelle 6

Datensatz B: Neue Möglichkeiten

Nr.	OBERKATEGORIE	UNTERKATEGORIE	Z 1	Z 2
OK 1	Neue Möglichkeiten			
UK 1.1		Therapeutischer Rahmen	13	8
UK 1.2		Therapeutischer Prozess	27	8
UK 1.3		Therapeutische Beziehung	4	1
UK 1.4		keine	16	3
UK 1.5		Besser als gedacht	5	2
OK 2	Generelle Empfehlung			
UK 2.1		ja	4	1
UK 2.2		nein	6	2
UK 2.3		temporär	10	4
OK 3	Generelle Einsatzmöglichkeiten			
UK 3.1		Bestimmte Umstände	6	2
UK 3.2		Bereits bekannte Klient*innen	2	2
UK 3.3		Entfernung	21	9
UK 3.4		Körperliche Erkrankungen/Einschränkungen	13	5
UK 3.5		Psychische Erkrankungen	16	6
UK 3.6		Organisatorische Gründe	3	2
UK 3.7		Settings	14	2

2.12 Reflexion Umgang mit Vorannahmen

Vorannahmen zum Thema der Telepsychotherapie aufgrund von Erfahrungen meinerseits wurden wie bereits beschrieben reflektiert und bewusst gemacht, um dies während des methodischen Vorgehens möglichst „einzuklammern“, wie das als Integrative Gestalttherapeutin in der phänomenologischen Haltung (Votsmeier-Wulf & Röhr, 2017) oft notwendig ist. Auch bezüglich der Bewertung von Aspekten als positiv oder negativ wurde versucht eine größtmögliche Offenheit zu behalten, obwohl es in vorherigen Studien deutliche Tendenzen solcher Wertigkeiten in Bezug auf einzelne Besonderheiten der Telepsychotherapie gab, etwa im Bereich der Wahrnehmung oder einer vermehrten persönlichen Öffnung einzelner Klient*innen. Dazu ist zu bemerken, dass aufgrund der Fragen nach entweder „Verzicht“ oder „neuen Möglichkeiten“ und „Empfehlungen“ bereits bestimmte Wertungen impliziert sind. Der Wunsch, möglichst zur Sichtweise der Integrativen Gestalttherapie „passende“ Ergebnisse zu erhalten, wurde immer wieder bewusst zur Seite gestellt, um Raum für die vielfältigen Erfahrungen der teilnehmenden Personen zu lassen.

2.13 Qualitätskontrollen

Für Reflexionen während des Auswertungsprozesses wurden Personen außerhalb des Forschungsprojektes miteinbezogen, um eine Außensicht des anbei beschriebenen Prozesses beizutragen. So wurden bei jenen Items, welche uneindeutig formuliert waren, Personen zu Rate gezogen, um eine vorschnelle subjektiv gefärbte Einordnung zu vermeiden. Wo nicht ausreichend Übereinstimmung möglich war, wurden uneindeutige Nennungen zu allgemeiner formulierten, weniger spezifischen Kategorien zugeordnet.

2.14 Analysesoftware

Zur Auswertung des Textmaterials wurde die computergestützte Software MAXQDA (2022) angewendet. So konnten iterativ induktive Kategorien gebildet, deduktive Kategorien eingefügt und das Kategoriensystem problemlos angepasst werden.

3 ERGEBNISSE

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Studie zum Einsatz von Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie ausführlich dargestellt werden. Es werden unter den Überschriften der jeweiligen Oberkategorien der Kategoriensysteme die induktiven Unterkategorien dargestellt.

3.1 Datensatz A

Im Datensatz A werden die Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen auf die Frage „Auf welche Methoden/Vorgangsweisen (therapeutische Möglichkeiten) müssen Sie aufgrund des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie verzichten?“ beschrieben.

Das Kategoriensystem beinhaltet drei Oberkategorien: Therapeutische Techniken, Einschränkungen Interaktion Klient*in – Therapeut*in und Sonstige.

3.1.1 Therapeutische Techniken

In dieser Kategorie werden alle therapeutischen Techniken zusammengefasst, auf welche im Zuge des Einsatzes von Sprach- und Videotelefonie laut den Teilnehmer*innen der Online-Befragung verzichtet werden musste. Sie stellte die weitaus größte Kategorie dar. Die therapeutischen Techniken wurden in fünf Unterkategorien eingeteilt: körperbezogene Interventionen, szenische Interventionen, kreative Medien, traumaspezifische Interventionen und nicht näher bezeichnete Interventionen.

3.1.1.1 Körperbezogene Interventionen

- Berührung
- Bewegung
- Angeleitete Körperübungen
- Aktives Einbeziehen der Körpersignale
- Arbeit mit Nähe und Distanz
- Arbeit mit Körperhaltung
- Nicht näher bezeichnete Körperinterventionen

Jeweils mehr als die Hälfte der Teilnehmer*innen zu den beiden Erhebungszeitpunkten nannten körperbezogene Interventionen als solche, auf welche sie beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie verzichten mussten. Dabei blieben sehr viele der Therapeut*innen jedoch bei dieser allgemeinen Bezeichnung und beschrieben weder die genaue Intervention noch die spezifischen Schwierigkeiten, die sich bei deren Anwendung ergeben.

Einige bezeichneten die Art der Intervention genauer und es stellte sich heraus, dass es sich sowohl um die direkte Berührung des*der Klient*in als auch um Übungen der Körperwahrnehmung handelte. Dabei ist bei der Berührung ganz klar, dass dieser Aspekt im Rahmen der Telepsychotherapie komplett wegfällt, was keiner weiteren Erklärung bedarf. Bei den Übungen kam eine Beschreibung der spezifischen Herausforderungen auch nicht vor.

Eine Person beschrieb zum zweiten Erhebungszeitpunkt, dass das aktive Einbeziehen von Körpersignalen vor allem in der Sprachtelefonie fehlt: „Spiegeln/ Aufmerksam machen von Ausdruck/Körper (in der Sprachtelefonie)“ (1773). Hier ist wiederum auch keine weitere Erklärung notwendig, um zu verstehen, wie es zu dem Verzicht kommt, da in der Sprachtelefonie der visuelle Kanal komplett fehlt. Wie ein*eine weitere*r Teilnehmer*in beschrieb, sind auch körperliche Wahrnehmungsübungen, wenn sie eine reale physische Anwesenheit brauchen, selbstverständlich nicht möglich: „Körperliche Wahrnehmungsübungen mit Nähe/Distanz“ (1693).

3.1.1.2 Szenische Interventionen

- Arbeit mit dem leeren Stuhl
- Aufstellungen
- Rollenspiele
- Arbeit im Raum
- Szenisches Arbeiten allgemein

Von wiederum mehr als der Hälfte der Teilnehmer*innen zum ersten Erhebungszeitpunkt und knapp der Hälfte der Teilnehmer*innen zum zweiten Zeitpunkt wurden szenische Interventionen als solche erwähnt, welche beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie nicht oder nur eingeschränkt möglich waren.

Die Antworten beziehen sich auf mehrere Gruppen von Interventionen und sind somit teilweise sehr konkret. Es wurde jedoch kaum näher ausgeführt, was dazu führt, dass diese Interventionen nicht angewendet werden konnten oder was dies im Weiteren bedeutete.

So nannten viele Psychotherapeut*innen das Arbeiten mit dem leeren Stuhl und Aufstellungen – sowohl jene im Raum als auch jene mit Hilfe eines Aufstellungsbretts – als solche, auf welche sie verzichtet haben. Manche Teilnehmer*innen nannten auch Rollenspiele als Intervention, welche sie nicht einsetzen konnten. Es ging jedoch niemand auf die spezifischen Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Interventionen ein. Sie reihten sich oft in eine Folge von Aufzählungen ein.

Das Arbeiten im Raum wurde allgemein, in manchen Fällen jedoch auch spezifisch, in Bezug auf bestimmte Interventionen erwähnt. So wurde beispielsweise von einer Person beschrieben, dass sie durch den Verzicht auf Möglichkeiten der Raumnutzung eine Einschränkung in Bezug auf die körperliche Wahrnehmung bei Klient*innen erlebte oder vermutete. Sie nannte zudem bestimmte Interventionen, welche dies betrifft: „Positionierung im Raum und

damit körperliches Erspüren bestimmter Optionen (z.B. Tetralemma, Polaritäten, etc)“ (1580).

Es kam auch vor, dass das szenische Arbeiten allgemein als eingeschränkt oder nicht möglich beschrieben wurde. Hier wird nicht auf Interventionen verwiesen, sondern der gesamte szenische Zugang herausfordernd oder nicht umsetzbar erlebt. Eine Person formuliert dies sehr allgemein so: „Szenisches Wahrnehmen und Arbeiten“ (761), was den Anschein erweckt, dass damit der gesamte Bereich an Interventionen wegfällt. Dies wäre eine erheblich größere Einschränkung als dies bei der Nennung einzelner Interventionen aus einem Bereich zu vermuten ist.

3.1.1.3 Traumaspezifische Interventionen

- Traumatherapeutische Techniken allgemein
- Konfrontative traumatherapeutische Arbeit
- EMDR
- Brainspotting

Traumatherapeutische Interventionen können eine Vielzahl von verschiedenen Techniken und Vorgehensweisen beinhalten. Da einerseits allgemein traumatherapeutische Techniken ohne nähere Bezeichnung und andererseits spezifische Interventionen und Vorgehensweisen Erwähnung finden, ergibt sich eine Unterkategorie speziell zur Behandlung von Traumafolgen.

Die spezifischen Vorgehensweisen beinhalten etwa bestimmte Phasen von Traumakzepten, wie eine Person es beschreibt: „Konfrontative Arbeit nach der dialogischen Traumatherapie“ (886). Andere traumaintegrative Interventionen, die etwa bilaterale Stimulation beinhalten, wie EMDR und Brainspotting, werden ebenfalls erwähnt. Eine Person sagt hier ganz deutlich: „Auf EMDR muss ich generell verzichten“ (1037). Ob dies an der Art der Anwendung oder der Intensität des zu verarbeitenden Materials liegt, bleibt offen.

Generell wird die Frage nicht beantwortet, ob Therapeut*innen aufgrund der Thematik in Bezug auf Traumafolgen und der Notwendigkeit eines sicheren haltenden Settings oder aufgrund der technischen Umsetzbarkeit von Interventionen in dieser Kategorie antworten.

3.1.1.4 Kreative Medien

- Kreative Medien allgemein
- Tonarbeit
- Malen
- Spiel
- Schreiben
- Visualisieren
- Skizzieren
- Arbeit mit Gegenständen

Da kreative Medien Teil all der anderen Interventionen sein können, jedoch ein spezifisches Vorgehen durch den Einsatz von Materialien gemeinsam haben, werden sie als eigene Unterkategorie dargestellt.

Viele Teilnehmer*innen erwähnen kreative Medien in ihrer Antwort auf die Frage nach jenen therapeutischen Methoden und Vorgehensweisen, auf welche verzichtet werden musste bzw. wurde.

Wiederum werden von einem überwiegenden Teil der antwortenden Psychotherapeut*innen nur allgemein und stichwortartig kreative Medien benannt. Einzelne gehen auf bestimmte Materialien oder Vorgehensweisen ein und erwähnen Malen, Schreiben oder die Arbeit mit Gegenständen. Andere beschreiben, was durch den Einsatz von kreativen Medien erreicht werden soll, so wie das Skizzieren oder Visualisieren bestimmter Dinge.

Einzelne Psychotherapeut*innen gehen etwas ausführlicher darauf ein, inwieweit eine Einschränkung oder ein Verzicht vorliegt. Einmal werden dabei sowohl materielle wie auch personenbezogene potentielle Schwierigkeiten angeführt: „Teilweise auf kreative Medien z.B. Tonarbeit (kommt stark darauf an, was Klient*in [sic] zu Hause hat und über Videotelefonie auch bereits [sic] ist

zeigen zu wollen. Ist oft schon in der Praxis große Hürde, zu Hause oft noch mehr“ (399). In einer anderen Antwort findet sich die Möglichkeit einer Anpassungsleistung durch den*die Therapeut*in im Hinblick auf den Einsatz kreativer Medien: „Gewohnte kreative Medien sind natürlich eingeschränkt oder müssen kreativ von mir angepasst werden“ (639).

Ein größerer Bereich, in welchem einzelne Therapeut*innen von Verzicht berichten, ist jener der Spieltherapie. Die Art der schriftlichen Beschreibung dieser Einschränkung durch eine Person, welche sich speziell auf Kindern bezieht und zwei Rufzeichen an das Ende der Aussage setzt, macht durchaus deutlich, wie schwerwiegend diese Einschränkung sein kann: „bei Kindern: sämtliche kreativen spieltherapeutischen Medien und Materialien!!“ (578).

3.1.1.5 Nicht näher bezeichnete Interventionen. In dieser Kategorie werden Antworten zusammengefasst, die sich keiner anderen Unterkategorie zuordnen lassen. Es handelt sich um Nennungen, die sich auf Übungen oder Experimente beziehen, ohne dass die inhaltliche Richtung oder die jeweilige Technik dabei Erwähnung finden. Klar ist somit lediglich, dass es einen Verzicht gibt. Worauf genau oder aus welchem Grund, bleibt offen.

3.1.2 Einschränkungen Interaktion Klient*in – Therapeut*in

In dieser Kategorie werden alle Aspekte zusammengefasst, die sich auf Einschränkungen in der therapeutischen Beziehung beim Einsatz von Sprach- und/oder Videotelefonie beziehen. Es ergeben sich vier Unterkategorien: Einschränkungen im Kontakt, Einschränkungen der Wahrnehmung, Einschränkungen im therapeutischen Vorgehen und Einschränkungen in der therapeutischen Umgebung.

3.1.2.1 Einschränkungen Kontakt

- Persönliche Begegnung
- Blickkontakt
- Körperkontakt
- Kontaktunterbrechung
- Nonverbale Kommunikation

Obwohl die Fragestellung Vorgehensweisen und Methoden behandelt, auf welche beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie verzichtet werden muss, wurden auch einige Antworten mit Bezug auf den Kontakt zwischen Klient*in und Therapeut*in gegeben. Dabei fällt auf, dass diese Antworten häufiger über einzelne Wörter hinausgehen als dies bei den therapeutischen Techniken der Fall ist.

Manche Psychotherapeut*innen beschäftigen sich in diesem Zusammenhang mit der fehlenden persönlichen Begegnung. Eine Person beschreibt, wie sich physische Präsenz auf die Beziehung auswirkt und im Umkehrschluss somit beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie nicht in gleicher Weise vorhanden sein kann: „mehr Atmosphäre und ‚nährende‘ Beziehung durch direkte körperliche Nähe [...] Anwesenheit“ (578). Einmal wird auch betont, dass es keinen Ersatz für die persönliche Begegnung gibt und dieser realer sei als andere Begegnungen: „Persönlicher Kontakt ist persönlicher Kontakt, was einen realeren zwischenmenschlichen Kontakt darstellt und über Medien schon viel entbehrt, besonders auf Dauer.“ (639).

Dass sowohl über Sprach- als auch über Videotelefonie kein direkter Blickkontakt möglich ist, wird von manchen Teilnehmer*innen angeführt. Auch der bei beiden Medien fehlende Körperkontakt wird von Einzelnen eingebracht. Eine Person bezieht sich dabei speziell darauf, dass es für bestimmte Klient*innen problematischer sein könnte, keinen Körperkontakt haben zu können: „Körperkontakt ist nicht möglich, kann je nach Diagnose ein großer Verlust im Therapieprozess sein.“ (639).

Des Weiteren werden von einzelnen Psychotherapeut*innen Kontaktunterbrechungen ins Treffen geführt. So wird an einer Stelle beschrieben, dass technische Schwierigkeiten, wie z.B. eine verzögerte Übertragung bei Videotelefonie und somit eine Verlangsamung der gehörten Sprache, zu einem veränderten Gesprächsfluss führen können: „Videotelefonie: manchmal durch Verlangsamung im Sprechen schwierig, man muss größere Pausen lassen“ (427).

Die nonverbale Kommunikation als Teil des Kontakts zwischen Therapeut*in und Klient*in wird von manchen Teilnehmer*innen als ein Bereich betont, in welchem es zu einem Verzicht oder Einschränkungen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie kommen kann.

Eine Person formuliert ganz allgemein, dass ein großer Teil der Kommunikation mit den Einschränkungen im nonverbalen Bereich verloren geht: „Das breite Spektrum der nicht sprachgebundenen Kommunikation ist sehr reduziert und kaum nutzbar“ (1160). Auch Spiegeln, körperliche Reaktionen und Gefühlsausdruck werden als eingeschränkt oder nicht möglich erlebt.

3.1.2.2 Einschränkungen Therapeutisches Vorgehen

- Keine Tiefung bei schwierigen Themen
- Weniger Konfrontation
- Pausen unangenehm

Einzelne Psychotherapeut*innen beschreiben auch Aspekte des therapeutischen Vorgehens als verändert. Die Nennungen sind sehr selten, jedoch immer vollständige Sätze.

Dabei fällt vor allem eine vermehrte Vorsicht im therapeutischen Vorgehen auf. Eine Person bemerkt, dass sie es vermeidet, manche Themen zu vertiefen: „Ich bin auch vorsichtiger, ganz ‚schwierige‘ Themen anzugehen“ (1037). An anderer Stelle wird eine Vorsicht in Bezug auf Konfrontationen beschrieben, da

weniger Informationen zum Befinden des*der Klient*in vorhanden sind: „Größte Vorsicht mit Konfrontationen, weil ich schlechter einschätzen kann, wie es der Klientin wirklich geht und wie sie darauf reagiert!“ (1160).

In der zweiten Erhebung finden sich solche Aussagen nicht, jedoch betont eine Person, dass Gesprächspausen beim Einsatz von Sprach- und Videotelefonie schwierig sein können: „Pausen sind oft unangenehm über Telefon/Skype“ (1701). Es ist davon auszugehen, dass durch diese Beobachtung Pausen weniger oft zugelassen werden und sich dieses Phänomen somit auf das therapeutische Vorgehen auswirkt.

3.1.2.3 Einschränkungen Wahrnehmung

- Wahrnehmung Körperausdruck
- Resonanz
- Ganzheitliche Wahrnehmung
- Atmosphäre

Einige Teilnehmer*innen der Online-Befragung beschreiben auch Aspekte der Wahrnehmung, welche im Rahmen von Sprach- oder Videotelefonie entweder eingeschränkt oder nicht möglich sind. Es handelt sich dabei um die Wahrnehmung der Therapeut*in vom Ausdruck der Klient*in oder atmosphärische Wahrnehmungen. Die meisten Antworten sind kurz gehalten, aber konkret genug um zu verstehen, was der antwortenden Person wichtig ist.

In Bezug auf visuelle Wahrnehmung werden einzelne Formen des Ausdrucks wie Mimik, Gestik oder Körperhaltung oder allgemein der Körperausdruck beschrieben. Klarerweise macht es in diesem Zusammenhang einen großen Unterschied, ob Sprach- oder Videotelefonie eingesetzt wird, wie eine Person beschreibt: „Bei Sprachtelefonie kann ich den Körperausdruck überhaupt nicht berücksichtigen, bei der Videotelefonie kann ich mich nur auf den Oberkörper konzentrieren“ (1037). Als fehlend wird genauer der erste Eindruck

beschrieben, der Information bringen könnte: „Kein ‚sichtbarer‘ erster Eindruck bei Stundenbeginn“ (1160).

Doch auch wenn grundsätzlich visuelle Information wie bei der Videotelefonie gegeben ist, werden Einschränkungen berichtet, die entweder wie im Folgenden die Vollständigkeit der Wahrnehmung betreffen: „Ganzkörperliche Wahrnehmung ist nicht möglich.....“ (639). Doch auch die Differenziertheit der wahrgenommenen Aspekte ist Thema: „feine körperliche Wahrnehmung“ (582).

Die Resonanz, also Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, werden auch als etwas genannt, das nur eingeschränkt wahrgenommen werden kann.

Das ganzheitliche Wahrnehmen ist ein weiteres Thema, das von einer Person benannt wird. Von einzelnen Teilnehmer*innen wird zudem geantwortet, dass die Atmosphäre entweder beeinträchtigt ist oder schwieriger wahrgenommen werden kann. Eine Person beschreibt, dass atmosphärisch etwas fehlt auf das Bezug genommen werden kann: „Mir fehlt auch die Atmosphäre, auf die ich mich beziehen kann“ (1037).

3.1.2.4 Einschränkungen therapeutische Umgebung

- Wirken des Raumes

Nur eine einzige Nennung ist dieser Kategorie zugeordnet, dennoch ist die Antwort keinem anderen Bereich zuzuordnen und eine deduktive Kategorie im Zusammenhang mit therapeutischer Arbeit, die sich hier abzeichnet.

Interessanterweise ist zum ersten Erhebungszeitpunkt keine Antwort in diesem Bereich zu finden, wahrscheinlich bildet sich ein Teil davon in der Unterkategorie Kontakt mit ab, wo die persönliche Begegnung als Teil des veränderten Settings nicht mehr vorkommt.

Die Wirkung der Atmosphäre des therapeutischen Raums wird von einer Person zum zweiten Erhebungszeitpunkt erwähnt, nämlich der Verzicht „Auf die Wirkung des exklusiven therapeutischen Raumes einer Praxis“ (1899).

3.1.2.5 Keine Einschränkungen

In dieser Kategorie befinden sich die Antworten von Personen, die keine Einschränkungen in Bezug auf das therapeutische Vorgehen oder Methoden erleben und dies entsprechend formulieren. Im vorliegenden Datensatz berichten zum ersten Erhebungszeitpunkt drei Personen, dass sie keinerlei Einschränkungen durch den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie erleben. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt antwortet keine Person mit dem Inhalt, dass es gar keine Einschränkungen gebe.

3.2 Datensatz B

Im Datensatz B werden die Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen auf die Fragen: „Eröffnen sich für Sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche?“ und „Würden Sie Sprach- oder Videotelefonie für die therapeutische Arbeit nach der Krise empfehlen? Wenn ja, wem?“ beschrieben.

Es ergeben sich dabei drei Oberkategorien: Neue Möglichkeiten, Generelle Empfehlung und Generelle Einsatzmöglichkeiten.

3.2.1 Neue Möglichkeiten

In dieser Kategorie ergeben sich insgesamt fünf Unterkategorien. Dabei handelt es sich um die neuen Möglichkeiten, welche die Teilnehmer*innen wahrnehmen. Diese Unterkategorien sind: Therapeutischer Rahmen, therapeutischer Prozess, therapeutische Beziehung, keine und besser als gedacht.

3.2.1.1 Therapeutischer Rahmen

- Flexibilität
- Sicherheit
- Einblick in das Umfeld der Klient*innen

Mehrere Therapeut*innen beziehen sich auf Veränderungen im therapeutischen Setting, die sie als neue Möglichkeiten oder positive Veränderungen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie erleben.

Dabei handelt es sich einerseits um neue Möglichkeiten für Therapeut*innen, aber auch um die Wahrnehmung von positiven Aspekten für die Klient*innen.

Eine Person erwähnt, dass sie die Flexibilität bei der Durchführung von Telepsychotherapie als positiv erlebt: „Unkomplizierte, ‚eingeschobene‘ Stunden, ohne dass ich in die Praxis fahren muss“ (1580). Auch für Klient*innen kann die neu gewonnene Flexibilität von Vorteil sein: „höhere zeitlich [sic] Flexibilität in der Arbeit kann [sic] dadurch schneller in Krisensituation ein Gespräch anbieten“ (1246).

Ein weiterer Aspekt, der eingebracht wird, ist der neu gewonnene Einblick in die private Umgebung von Klient*innen, der zusätzliche Informationen bringen kann oder auch im Weiteren auf die therapeutische Beziehung wirken kann: „Bei einigen Klient*innen war es eine gute Erfahrung, dass sie mich bei sich zu Hause zu Gast hatten und mir Dinge Ihres Wohnbereichs zeigen konnten“ (1693).

Die private Umgebung wird von manchen Therapeut*innen auch im Zusammenhang mit einem als erhöht wahrgenommenen Sicherheitsgefühl mancher Klient*innen beschrieben: „der eigene private Raum sichert manche KlientInnen“ (667).

3.2.1.2 Therapeutischer Prozess

- Fokus
- Kontinuität
- Persönliche Öffnung
- Eigenverantwortung
- Intensivierung des Prozesses
- Innere Bilder angeregt
- Mehr Beschreibungen Körper
- Bewusstheit
- Weniger Regression
- Mitschreiben (Telefon)

Viele der Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen in Bezug auf neue Möglichkeiten beziehen sich auf den therapeutischen Prozess. Auch die inhaltliche Vielfalt der Nennungen ist groß. Das Textmaterial beinhaltet Halbsätze wie auch detailliert ausformulierte, verschachtelte Sätze. Es werden von den Therapeut*innen in ihren Antworten teilweise zusätzlich zur Beschreibung ihrer Wahrnehmung auch Erklärungen oder Interpretationen der Aspekte eingebracht.

Die eingebrachten Themen beziehen sich auf die Art und Weise, wie sich Klient*innen in den therapeutischen Prozess einbringen, wie der gemeinsame Prozess sich verändert, welche Wachstumsmöglichkeiten für Klient*innen entstehen und was die Struktur des therapeutischen Prozesses verändern kann.

Die Dauer und Intensität des therapeutischen Prozesses kann sich so in der Wahrnehmung mancher Therapeut*innen im Sinne einer erhöhten Kontinuität verändern, wenn Sprach- und/oder Videotelefonie als Optionen ins Treffen geführt werden. So beschreibt eine Person, dass Therapieabbrüchen damit vorgebeugt werden könnte: „Therapieabbrüche können durch Überbrückung leichter aufgefangen werden, weil viel flexibler im Umgang mit Klienten“ (639).

Einige Teilnehmer*innen betonen, dass ein sehr fokussiertes Arbeiten möglich wird. Dabei wird mehrmals explizit das Telefon als Medium erwähnt. So beschreibt eine Person den Fokus bei der Klientin: „Klientin (am Telefon) kann besser auf innere Vorgänge fokussieren, weil sie sich nicht beobachtet fühlt“ (320). An anderer Stelle wird zu diesem Thema der Fokus der Therapeutin betont: „Bei der Sprachtelefonie kann ich mich ja nur auf das gesprochene Wort verlassen, ich

merke, dass ich hier viel strukturierter vorgehe, mehr nachfrage (Um welche Punkte geht es dir heute ganz konkret?)“ (1037).

Ein weiterer Aspekt, der durch mehrfache Nennung deutlich wird, ist jener der vermehrten persönlichen Öffnung, die sich bei manchen Klient*innen zeigt. Mehrere Teilnehmer*innen beschreiben, dass Klient*innen heikle Themen leichter ansprechen können, wenn sie über Sprach- oder Videotelefonie mit dem*der Therapeut*in verbunden sind. So wird es auch in folgender Aussage dargestellt, die zudem eine mögliche Interpretation beinhaltet: „Oftmals können ganz schwierige Themen (vielleicht aufgrund der Distanz?) leichter angesprochen werden“ (730). Mehrere Therapeut*innen geben an, dass sie diese vermehrte Öffnung nur bei manchen Klient*innen beobachten, sie somit scheinbar nicht bei allen Klient*innen auffällt. In der folgenden Aussage wird diese Einschränkung auf manche Klient*innen angeführt und die Ursache für dieses Phänomen darin vermutet, dass die Klient*innen im Rahmen von Sprachtelefonie nicht gesehen werden: „Manche Klienten können sich am Telefon mehr öffnen, weil sie nicht gesehen werde“ (1587).

Manchen fällt auf, dass mehr Beschreibungen seitens der Klient*innen in Bezug auf ihren Körper notwendig werden, was als vorteilhaft empfunden wird. So auch in folgender Antwort: „Körper muss aktiv einbezogen werden, das hat Vorteile, weil KlientIn Körperempfindungen und Bewegungen benennen muss“ (427).

Vereinzelte Nennungen beinhalten noch weitere Themen. Es komme für diese Personen etwa zu dem Eindruck, dass eine Intensivierung des Prozesses stattfindet, Klient*innen mehr Eigenverantwortung übernehmen müssen, innere Bilder bei dem*der Klient*in angeregt werden, mehr Bewusstheit entsteht, weniger Regression vorkommt und im Rahmen der Sprachtelefonie das Mitschreiben als positiv empfunden wird.

3.2.1.3 Therapeutische Beziehung

- Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung
- Intensität des unmittelbaren Kontakts

Neue Möglichkeiten bzw. positive Aspekte in Bezug auf die therapeutische Beziehung werden nur sehr selten von den Teilnehmer*innen beschrieben. Sie beziehen sich einerseits auf den unmittelbaren Kontakt während der Einheit und zum anderen auf die Auswirkungen des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie auf die therapeutische Beziehung.

Eine Person beschreibt jedoch, dass sie eine Intensivierung des Kontakts mit dem Gegenüber erlebt: „Qualität unseres Kontaktes ist wie von selbst im Vordergrund. Unterschiede sind nivellierter. Wir als Menschen in einer gemeinsamen Welt sind offensichtlicher“ (125).

3.2.1.4 Keine. Ein Teil der Teilnehmer*innen beantwortet die Frage nach neuen Möglichkeiten mit einem mehr oder weniger ausführlichen „Nein“. Immerhin 16 der 58 Integrativen Gestalttherapeut*innen zum ersten Erhebungszeitpunkt sehen explizit keine neuen Möglichkeiten. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind es nur noch 3 von 16 Personen, die gar keine neuen Möglichkeiten beschreiben.

3.2.1.5 Besser als gedacht. Manche der Integrativen Gestalttherapeut*innen beschreiben keine neuen Möglichkeiten, geben aber an, dass sie den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie besser als gedacht erleben. So schreibt eine Person, dass das Einlassen auf die virtuelle Begegnung ohne technische Schwierigkeiten überraschend gut möglich sei: „Wenn nicht technische Probleme auftreten, ist ein erstaunlich gutes Eintauchen in die Begegnung möglich“ (125).

3.2.2 Generelle Empfehlung

Dieser Oberkategorie sind zwei Unterkategorien zugeordnet, in welchen die Empfehlung für den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie grundsätzlich bejaht oder verneint wird. Eine weitere Unterkategorie beinhaltet Antworten von Personen, welche einen Einsatz zur Überbrückung beziehungsweise in Ausnahmesituationen empfehlen, jedoch nicht ausschließlich Telepsychotherapie durchführen würden.

3.2.2.1 Ja. Einzelne Therapeut*innen antworten auf die Frage nach einer Empfehlung für den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie mit „ja“ nennen jedoch keine spezifischen Einsatzmöglichkeiten oder Ausschlussgründe. Zum ersten Erhebungszeitpunkt antworten vier, zum zweiten Erhebungszeitpunkt eine Person in einer solchen Art.

3.2.2.2 Nein. Es gibt Therapeut*innen, die den Einsatz von Telepsychotherapie komplett ablehnen. Es sind anteilig etwa gleich viele zum ersten wie zum zweiten Zeitpunkt, nämlich sechs bzw. zwei Personen, die eine solche Antwort geben.

3.2.2.3 Temporär. Einige Teilnehmer*innen betonen, dass sie den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie lediglich temporär beziehungsweise in Kombination mit persönlichem Kontakt für sinnvoll halten. Nur gerechtfertigte Ausnahmesituationen können somit vorübergehend dafürsprechen, Psychotherapie in dieser Art durchzuführen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sprechen sich zehn, zum zweiten Erhebungszeitpunkt vier Personen für einen solchen temporären Einsatz aus.

Die im Weiteren angeführten generellen Einsatzmöglichkeiten unterscheiden sich davon, indem sie einen Einsatz von Telepsychotherapie für

bestimmte Umstände oder Gruppen beschreiben. Diesen Einsatz nur in begründeten Ausnahmefällen beschreibt eine Person etwa so: „nur in einer laufenden Therapie als zusätzliches Angebot, wenn jemand den Termin nicht persönlich wahrnehmen kann“ (1821).

3.2.3 Generelle Einsatzmöglichkeiten

Diese Oberkategorie beinhaltet sieben Unterkategorien und ist somit die inhaltlich umfangreichste Kategorie in diesem Datensatz. Die Unterkategorien sind: Bestimmte Umstände, bereits bekannte Klient*innen, Körperliche Erkrankungen/Einschränkungen, Psychische Erkrankungen, Entfernung, Organisatorische Gründe und Settings.

3.2.3.1 Bestimmte Umstände. Es besteht eine Unterkategorie, in welcher Antworten gesammelt wurden, welche zwar die Empfehlung des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie in der Psychotherapie unter gewissen Umständen befürworten, die jedoch nicht angeben, um welche Gründe es sich dabei handelt. Allgemein, aber recht ausführlich wird von einer Person beschrieben, dass Sprach- und Videotelefonie manchmal sinnvoll sein kann, um einen regelmäßigen Kontakt zu ermöglichen: „In Einzelfällen ist es ein kostbares Instrument, um Menschen zu erreichen, die sonst Schwierigkeiten haben es regelmäßig persönlich in die Praxis zu schaffen“ (1029).

3.2.3.2 Bereits bekannte Klient*innen. Zu beiden Erhebungszeitpunkten gibt es vereinzelt Psychotherapeut*innen, welche betonen, dass sie sich Sprach- oder Videotelefonie lediglich mit bereits bekannten Klient*innen vorstellen können beziehungsweise sie nur unter diesen Umständen sinnvollerweise durchgeführt werden sollte. Eine Person betont für sich diese Ausschließlichkeit ganz klar: „Sprachtelefonie ausschließlich für KlientInnen, mit denen zuvor

persönlicher Kontakt in der Praxis über mehrere Stunden gewährleistet war“ (1832).

3.2.3.3 Entfernung

- Auslandsaufenthalt
- Umzug
- Wahl des*der Therapeut*in
- Keine ausreichende Versorgung vor Ort
- Entfernung allgemein

Von den Antworten zu Einsatzmöglichkeiten gibt es in dieser Unterkategorie die meisten Zuordnungen. Die Antworten reichen von Stichworten bis zu ausführlichen Sätzen.

Ein Einsatzbereich für Sprach- oder Videotelefonie wird dabei mit Abstand am häufigsten erwähnt. Mehr als die Hälfte der Antworten in dieser Unterkategorie beziehen sich auf einen zeitlich begrenzten Auslandsaufenthalt von Klient*innen. Dabei scheint für manche Psychotherapeut*innen ein solcher Einsatz selbstverständlich sinnvoll: „Psychotherapeutische Prozesse können bei zeitlich begrenzten Auslandsaufenthalten mithilfe dieser Technologien fortgesetzt werden.“ (913). Für andere ist die Entfernung ein absoluter Ausnahmegrund, um überhaupt den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie in manchen Belangen in Betracht zu ziehen: „Klienten für Einzelsituationen, die nicht körperlich anwesend sein können aufgrund äußerer Umstände (mehrwöchiges Praktikum in anderer Stadt/Auslandsaufenthalt..)” (578).

Noch eingeschränkter beschreibt dies eine Person, die lediglich durch eine absolut nicht gegebene Versorgung vor Ort den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie rechtfertigt und dabei auf international existierende Krisengebiete verweist: „Nur, wenn KEINE Möglichkeit besteht, Psychotherapie im persönlichen Kontakt in Anspruch zu nehmen (global gedacht: z.B. Krisengebiete/Krieg o.ä.(Syrien) oder abgeschnittene oder unterversorgte Regionen)” (983). Weniger

eng setzt die Grenzen der Durchführung von Telepsychotherapie eine Psychotherapeutin, die selbst im ländlichen Gebiet tätig ist. Sie würde es auch sinnvoll finden, den Klient*innen die weiten Anfahrtswege teilweise zu ersparen: „Ich bin am Land als Psychotherapeutin tätig, viele meiner Klientin wohnen sehr abgelegen, sollte die Anreise nicht immer möglich sein, fände ich dies eine adäquate Überbrückungsmöglichkeit.“ (1037).

Die gleiche Psychotherapeutin beschreibt weiter, dass sie auch nach einem Umzug mit ihren Klient*innen in dieser Form arbeiten würde, jedoch nicht ausschließlich mit Telepsychotherapie: „Oder auch für Klienten, die am Ende der Therapie den Wohnort wechseln, das habe ich schon so angeboten. Ich würde dies aber nur für einzelne Stunden zwischendurch anbieten, die Ausschließlichkeit fände ich schwierig.“ (1037).

Die Antwort einer Person beinhaltet die Idee, dass die Wahl des*der Therapeut*in durch Telepsychotherapie spezifiziert werden kann, da die Entfernung dann keine Rolle mehr spielt: „Menschen die meine speziellen Schwerpunkte wichtig finden, aber zu weit weg wohnen.“ (102).

3.2.3.4 Körperliche Erkrankungen/Einschränkungen

- Akute Infekte
- Chronische Erkrankungen
- Immunsuppressive Behandlungen
- Schwerwiegende Erkrankungen
- Bewegungseinschränkungen

In dieser Kategorie werden akute kurzfristige und schwerwiegendere bzw. chronische Erkrankungen als Einsatzmöglichkeit von Sprach- oder Videotelefonie beschrieben. Die Antworten bestehen meist aus einer kurzen Beschreibung der Umstände und der Erkrankung, die es sinnvoll machen könnte Telepsychotherapie anzubieten. Etwa jede*r sechste Teilnehmer*in antwortet in dieser Kategorie.

Eine Person beschreibt etwa, dass eine Krebserkrankung eine Betreuung über Sprach- oder Videotelefonie erfordern kann: „im Falle einer gr. [sic] Erkrankung, z.B. Krebs.“ (755). Auch eine immunsuppressive Behandlung wird als möglicher Grund für die Durchführung von Telepsychotherapie von einer Person überlegt.

Andere möchten dieses Angebot auch bei akuten infektiösen Erkrankungen stellen: „Menschen die aktuell krank sind zB irgendeinen Infekt haben und doch betreut werden.“ (102). Bei einer Person klingt bei dieser Antwort zudem ein finanzieller Aspekt durch, welcher für die Telepsychotherapie sprechen könnte: „Kurzfristige Ausfälle aufgrund starker Symptome [...] fallen weg (Ausfälle wegen Geldproblemen oft ohnehin nicht einforderbar)“ (639).

Auch bei Menschen mit Bewegungseinschränkungen wird der Einsatz von Telepsychotherapie von manchen Psychotherapeut*innen befürwortet. Jene Teilnehmer*innen, welche genauer auf die Ursachen der Bewegungseinschränkungen eingehen, nennen „behinderte Menschen“ (639) und „Menschen mit Handicaps“ (102).

3.2.3.5 Psychische Erkrankungen

- Angst/Angststörungen
- Depression
- Persönlichkeitsstörungen
- Persönlichkeitsentwicklung
- wo niederschwelliger Zugang nötig

Auf die Fragen nach neuen Möglichkeiten und Empfehlungen in Bezug auf den Einsatz von Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie werden immer wieder psychiatrische Störungsbilder genannt und in diesem Zusammenhang Klient*innen, die von dieser Möglichkeit profitieren könnten. Die Antworten bestehen aus Stichworten sowie ganzen Sätzen. Etwa ein Drittel der

Psychotherapeut*innen in der Befragung äußern sich in ihrer Antwort bezugnehmend auf psychische Erkrankungen.

Die häufigsten Themen sind dabei Angst/Angststörungen, Depression und die Möglichkeit einen niederschweligen Zugang zur Psychotherapie anzubieten, da manche Klient*innen mit psychiatrischen Auffälligkeiten dies bräuchten. Eine Person erwähnt in ihrer Antwort diese drei Aspekte und vermutet, dass der Einsatz von Telepsychotherapie hier für manche Menschen erst Psychotherapie möglich machen könnte, schränkt dies jedoch auf die ersten Therapiestunden ein: „Ich würde sie zur Weiterverwendung für die ersten Sitzungen mit AngstpatientInnen und mit schwer depressiven KlientInnen empfehlen, um das psychotherapeutische Angebot niederschweliger zu gestalten, denn diese KlientInnen schaffen es oft gar nicht in die Praxis“ (886). Eine weitere Antwort bezieht sich ebenfalls auf diese Klient*innen-Gruppen, weist ebenfalls auf die lediglich temporäre Verwendung von Sprach- oder Videotelefonie hin und beinhaltet zudem einen Effizienz-Aspekt in Bezug auf die Reduktion von nicht ausreichend bezahlten Hausbesuchen: „Angstpatienten und schwerer depressiveren Patienten, die das Haus oft länger nicht verlassen, könnten statt Hausbesuch (Zeitaufwand ist kaum bezahlt) eine Therapie in Anspruch nehmen, mit dem Ziel folglich in die Praxis zu kommen“ (639).

In Bezug auf Depression wird vor allem die Antriebslosigkeit noch einmal explizit als Erschwernis für den persönlichen Kontakt genannt: „Klientinnen, die aufgrund von zu starker Antriebslosigkeit/Depressivität an manchen Tagen nicht in die Praxis kommen konnten, können trotzdem gut aufgefangen und ‚behandelt‘ werden über Telefonie/Videotelefonie“ (578).

Im Zusammenhang mit Angst wird mehrmals Sozialphobie als entscheidendes Hindernis für den persönlichen Besuch in der Praxis und als Begründung für den Einsatz von Telepsychotherapie genannt. In einem Fall geht es dabei speziell um Sprachtelefonie: „KlientInnen mit ausgeprägter Sozialphobie fällt das Telefonieren oft leichter“ (1029).

In Bezug auf schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, gibt es in den Antworten auch einzelne Hinweise auf positive Erfahrungen. Eine Person weist speziell darauf hin, dass auch diese Klient*innen-Gruppe gut mittels Sprach- oder Videotelefonie erreichbar ist: „Aber auch meine Klienten mit Persönlichkeitsstörungen können durchaus behandelt werden“ (639).

Für andere ist wiederum Telepsychotherapie nur denkbar, wenn es sich um Klient*innen ohne schwerwiegende Erkrankungen handelt oder es bereits ausreichend persönlichen Kontakt gab: „für Persönlichkeitsentwicklung (nicht für wirklich schwer kranke Menschen, außer es gab mind. 5 Std direkten persönlichen Kontakt und als Fortsetzung)“ (295).

3.2.3.6 Organisatorische Gründe

- Fahrtbehinderungen
- Kinderbetreuung
- Beschwerliche Anreise

Bei dieser Kategorie handelt es sich um vereinzelte Antworten, die keiner anderen Kategorie zuordenbar waren, sich aber unter organisatorischen Gründen zusammenfassen ließen.

Es handelt sich um kurze Antworten mit dem Inhalt, dass ein persönliches Erscheinen in der Praxis vereinzelt oder in mehreren Fällen aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein kann. Um diese Stunden nicht ausfallen zu lassen oder bestimmten Menschen überhaupt Psychotherapie zu ermöglichen, soll in diesen Fällen auch Telepsychotherapie zum Einsatz kommen.

Ein Bereich beinhaltet eine beschwerliche Anreise, wenn also eine Anreise möglich, aber doch ein Hinderungsgrund für regelmäßige Psychotherapie ist oder eine Belastung darstellt. Dabei beschreibt eine Person etwa, dass bei einer längeren Anreise auch eine Kombination aus Telepsychotherapie und

persönlichen Terminen denkbar wäre: „Menschen mit langen Anfahrtswegen zur Praxis und als Kombination mit dieser“ (1438).

Auch aktuelle Gründe, die eine Anreise erschweren oder verhindern werden genannt, so etwa Einflüsse des Wetters, indem einmal „Schneeverwehungen“ (1768) genannt werden.

Einzelne Therapeut*innen halten den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie auch für sinnvoll, wenn eine Person Betreuungspflichten hat und entweder punktuell oder dauerhaft keine Unterstützung hat. So auch eine Person, die davon ausgeht, dass dadurch mehr Kontinuität entstehen könnte: „Mütter mit Kleinkindern ohne Kinderbetreuung können von zu Hause Therapie regelmäßiger in Anspruch nehmen.“ (639).

3.2.3.7 Settings

- Krisenintervention
- Beratung
- Supervision

Mehrere Antworten der Teilnehmer*innen der Befragung beziehen sich auf verschiedene Arten von Settings, für welche sich Sprach- oder Videotelefonie eignen könnte. Diese betreffen die Art der Intervention, die jeweils aber nicht Psychotherapie im klassischen Sinne betreffen. Es wird mit diesem Verweis auf bestimmte Formen der Intervention von manchen darauf hingewiesen, dass die Empfehlung für diese anderen Settings und eben nicht primär für Psychotherapie ausgesprochen wird. Die Antworten sind tendenziell kurz gehalten und beinhalten keine Begründungen oder Beschreibungen, sondern lediglich die Empfehlung.

Eine Person, die neben der Empfehlung für Krisenintervention durchaus auch andere Einsatzmöglichkeiten nennt (welche im nachfolgenden Zitat nicht vorkommen), schreibt dies wie folgt: „Krisenintervention ist durchaus möglich und wirksam.“ (639). Eine andere Person betont dagegen die Einschränkung auf

Krisenintervention, die auch nicht erst seit der Pandemie so bestehe: „Nicht wirklich, weil die Telefonate meistens Kriseninterventionsgespräche sind, die seit der Pandemie bei manche KlientInnen häufiger stattfinden.“ (1020).

In einer anderen Antwort wird Beratung als mögliche Intervention beschrieben und durch weitere Nennungen der von der Person empfundene verbale Fokus von Sprach- oder Videotelefonie verdeutlicht: „Für allgemeine Beratungsgespräche, Erstgespräche [sic], gesprächstherapeutische Interventionen.“ (372).

Weiters werden „SupervisandInnen“ (902) als mögliche Zielgruppe genannt.

4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In der Erhebung des ÖAGG und der Universität Wien, aus welcher das Datenmaterial stammt, wurden neben quantitativen Daten auch qualitative Daten erhoben. Aus drei der Hauptfragen wurden zwei Datensätze gebildet und diese nach einer qualitativen Inhaltsanalyse in Kategorien eingeteilt. Sowohl die Auswertung als auch die Ergebnisdarstellung wird im empirischen Teil dieser Arbeit detailliert dargestellt.

Bei Betrachtung der Daten fällt auf den ersten Blick auf, dass die Nennungen zu den neuen Möglichkeiten tendenziell ausführlicher sind. Das könnte darauf schließen lassen, dass die von der Gruppe der Integrativen Gestalttherapeut*innen wahrgenommenen Vorteile der Telepsychotherapie überwiegen. Dies stünde im Einklang mit den sehr positiven Einschätzungen der Gestalttherapeut*innen aus den USA, Italien und Spanien, welche sich bereits in Form von Artikeln zum Thema der Telepsychotherapie während der COVID-19-Pandemie geäußert haben (Francesetti, 2020; Frank, 2020; Picó Vila et al., 2021; Spagnuolo Lobb, 2020). Von machbar bis äußerst vorteilhaft reichen hier die Beschreibungen der Gestalttherapeut*innen unterschiedlicher Länder. Zudem konnten Studien zeigen, dass die Haltung von Psychotherapeut*innen zum Einsatz von Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie seit Beginn der Pandemie positiver ausfällt als dies zuvor der Fall war (Uhl et al., 2020).

Bei einem zweiten Blick auf die Daten zeigt sich dann jedoch, dass die Antworten zu den Einschränkungen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie zwar oft stichwortartig gehalten sind, die Anzahl der unterschiedlichen Themen in den Nennungen jedoch eine größere ist. So sehen die Antworten zwar oft kürzer aus, enthalten aber dennoch einige Punkte, die die Schwierigkeiten der Telepsychotherapie unterstreichen. Eine solche Wahrnehmung steht mehr im Einklang mit der kritischeren Haltung von Integrativen Gestalttherapeut*innen aus Österreich (Nausner, 2018). Diese stehen den technologischen Entwicklungen, welche mehr Virtualität in die menschlichen Begegnungen bringen, fragend

gegenüber und betonen, wie sehr sich dieser virtuelle vom persönlichen Kontakt unterscheidet, da die leibliche Wahrnehmung des Miteinanders und der Atmosphäre eines Ortes schlichtweg nicht möglich ist.

Es entsteht immer wieder der Eindruck, dass sich Vertreter*innen der Gestalttherapie, die Stellung zur Telepsychotherapie beziehen, stark in den entgegengesetzten Extremen aufhalten. Dass sie entweder jede Schwierigkeit wegargumentieren oder ablehnend erst gar nicht den Raum für Diskussion eröffnen. Beispielsweise argumentieren Picó Vila et al. (2021) in allen Bereichen für den Einsatz von Telepsychotherapie und lassen wenig Raum für kritische Aspekte. Stark ablehnende Haltungen finden sich in der Literatur mit Fuchs (2021) vor allem in gestalttherapienahen Bereichen, in diesem Fall der Phänomenologie. Des Weiteren in Aussagen von Teilnehmer*innen in Erhebungen, welche eine vehemente Ablehnung der Telepsychotherapie beschreiben. Francesetti (2020) beschreibt, dass er auch sehr konträre Haltungen zur Telepsychotherapie erlebt. Er meint, dass dies auch mit den unterschiedlichen Erwartungen an die Telepsychotherapie zusammenhängen könnte. So könne bei einigen Therapeut*innen die Erwartung bestehen, dass Psychotherapie virtuell und in Präsenz auf die jeweils genau gleiche Weise umgesetzt werden soll. Andere Psychotherapeut*innen – und damit meint er sehr eindeutig auch sich selbst – würden die dahinterliegenden Prinzipien in den Fokus nehmen und sie entsprechend der Möglichkeiten im telepsychotherapeutischen Setting nicht in gleicher Weise aber mit der gleichen Wirksamkeit umsetzen.

4.1 Einordnung im Vergleich mit der bisherigen Forschung

In der vorliegenden Studie gab es bei der Erhebung der Einschränkungen im therapeutischen Vorgehen zum ersten Erhebungszeitpunkt während der ersten Ausgangsbeschränkungen in Österreich vereinzelt Antworten, welche gar keine Einschränkungen im therapeutischen Vorgehen beschrieben. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gab es keine entsprechenden Antworten. Ob dies auf eine

veränderte Haltung beziehungsweise differenziertere Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten bei der Durchführung von Telepsychotherapie zu tun haben könnte, kann im Rahmen dieser Studie nicht festgestellt werden. Auch in anderen Studien finden sich keine diesbezüglichen Hinweise.

Dass nicht alle Integrativen Gestalttherapeut*innen der vorliegenden Studie die Ansicht teilen, dass sich neue Möglichkeiten durch Telepsychotherapie ergeben, zeigt sich daran, dass zum ersten Erhebungszeitpunkt 28 Prozent der Teilnehmer*innen und zum zweiten Erhebungszeitpunkt 14 Prozent der Befragten keine neuen Möglichkeiten erlebten. Die zum zweiten Erhebungszeitpunkt kleinere Gruppe kann zufällig entstanden sein. Es ist auch gut denkbar, dass tendenziell jene Teilnehmer*innen wieder teilnehmen wollten, die der Telepsychotherapie grundsätzlich positiver gegenüber standen, oder aber es gab noch eine weitere Veränderung in der Haltung der Integrativen Gestalttherapeut*innen hin zu einer positiveren Einschätzung.

Zu beiden Erhebungszeitpunkten spricht sich etwa jede 10. Person grundsätzlich gegen den Einsatz von Telepsychotherapie nach der Pandemie aus. Alle anderen können sich dies unter bestimmten Umständen vorstellen, was einen erheblichen Unterschied zur Haltung vor der Pandemie bedeutet und die Ergebnisse von Poltrum et al. (2020) bestätigt, in welchen sich Psychotherapeut*innen unterschiedlicher Schulen auch zu 90 Prozent für einen Einsatz von Telepsychotherapie unter bestimmten Umständen aussprachen. Bestimmte bedeutsame Gründe oder aber auch die Voraussetzung, dass Klient*innen bereits aus dem persönlichen Kontakt bekannt sein sollen, nannten viele der Integrativen Gestalttherapeut*innen in der vorliegenden Studie als wesentlich, um einen Einsatz von Telepsychotherapie in Betracht zu ziehen.

Viele der von den Integrativen Gestalttherapeut*innen in dieser Studie beschriebenen Aspekte zeigten sich auch schon in anderen Studien zur Telepsychotherapie während der COVID-19-Pandemie, wobei sich die Betonung der einzelnen Aspekte in den Studien immer wieder unterscheidet.

Ein Fokus bei den Einschränkungen durch den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie liegt in der vorliegenden Studie bei den therapeutischen Techniken. Es ist zu vermuten, dass dies zum Teil der Fragestellung geschuldet ist: „Auf welche Methoden/Vorgangsweisen (therapeutische Möglichkeiten) müssen Sie aufgrund des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie verzichten?“, die nicht als offene Frage nach den Einschränkungen oder Nachteilen der Telepsychotherapie fragt, sondern explizit die Wörter Vorgehen und Methoden beinhaltet.

Die weiteren einschränkenden Aspekte finden sich wie in einigen anderen Studien vor allem im Kontakt und in der Wahrnehmung (Jesser et al., 2022; McBeath et al., 2020; Mitchell, 2020; Poltrum et al., 2020; Stammer, 2021). Speziell thematisiert wird die Schwierigkeit der nonverbalen intentionalen Mitteilungen. Im therapeutischen Vorgehen finden sich bereits bekannte Schwierigkeiten, welche vor allem auch eine gewisse Handlungsunsicherheit deutlich machen (Jesser et al., 2022, McBeath et al., 2020; Mitchell, 2020) und wodurch sich die Frage stellt, ob diese durch geeignete Ausbildung verringert werden kann (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020; McBeath et al., 2020; Picó Vila et al., 2021). Das therapeutische Setting wird dagegen im Bereich der Einschränkungen von den in dieser Studie befragten Therapeut*innen kaum erwähnt, was im Vergleich zu manchen anderen Studien (z.B. Jesser et al., 2022) doch einen deutlichen Unterschied darstellt. Es könnte daraus die Hypothese entstehen, dass das Fehlen des therapeutischen Raums an sich als weniger bedeutsam erlebt wird, da das haltgebende Element in der Integrativen Gestalttherapie noch stärker in der dialogischen Haltung (Buber, 2005) und der entstehenden therapeutischen Beziehung (Yontef, 1999) verankert wird.

In Bezug auf neue Möglichkeiten und Chancen der Telepsychotherapie zeigte sich wie bereits in anderen Studien (Jesser et al., 2022; McBeath et al., 2020) eine Überraschung dahingehend, dass die Umsetzung von Telepsychotherapie doch deutlich besser funktionierte als Therapeut*innen dies vermutet hätten.

Die weiteren als bereichernd erlebten Aspekte finden sich vor allem im therapeutischen Prozess. Vor allem ein intensivierter Fokus, wie auch bei Mitchell (2020) und Jesser et al. (2022), und die seit Beginn der virtuellen Therapien immer wieder beschriebene vermehrte persönlichen Öffnung (McBeath et al., 2020; Mitchell, 2020) im Rahmen der Telepsychotherapie finden hier Erwähnung. Die Chancen im therapeutischen Setting beziehen sich meist auf örtliche und zeitliche Flexibilität, doch auch die Umgebung zuhause kann laut den Integrativen Gestalttherapeut*innen einerseits mehr Sicherheit geben und zudem dem*der Therapeut*in neue Einblicke gewähren. Dies steht im Einklang mit anderen Studien, welche ebenso Antworten in diese Richtung verzeichneten (Poltrum et al., 2020; Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020). Im Bereich von Kontakt und therapeutischer Beziehung finden sich in der vorliegenden Studie wenige Antworten, welche das Erleben von neuen Möglichkeiten beinhalten.

In Bezug auf Einsatzmöglichkeiten ist vor allem die Studie von Poltrum et al. (2020) vergleichbar mit den aktuellen Ergebnissen, da sich auch in deren Studie viele Antworten der befragten Psychotherapeut*innen auf mögliche Zielgruppen beziehen. Auch inhaltlich decken sich viele Antworten, welche in Richtung der verbesserten therapeutischen Versorgung mit Hilfe von Telepsychotherapie gehen und organisatorische Erleichterungen einbeziehen. Die verbesserte Erreichbarkeit von Klient*innengruppen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen wird von den Integrativen Gestalttherapeut*innen thematisiert, wie auch bei der erwähnten Online-Befragung von Poltrum et al. (2020), und auch Jesser et al. (2022) beschreiben Antworten von psychodynamischen Psychotherapeut*innen in diesem Zusammenhang. Einigkeit scheint mehrheitlich im Bereich des zumindest vorübergehend sinnvollen Einsatzes bei Angststörungen zu bestehen, im Bereich der Depression ergeben sich unterschiedliche Haltungen, in der vorliegenden Studie wird vor allem für einen Einsatz bei Depression und Antriebsschwäche argumentiert. Bei Poltrum et al. (2020) gibt es im Bereich von Persönlichkeitsstörungen eine deutliche Tendenz gegen den Einsatz von Telepsychotherapie, auch strukturelle Defizite finden

Erwähnung. In der vorliegenden Studie wurde nicht gefragt, bei welchen Klient*innen der Einsatz von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen nicht empfohlen wird.

4.2 Ergebnisse in Bezug auf den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess

In einer weiteren Auseinandersetzung soll die Bedeutung jener Aspekte, die für den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess wesentlich sind, genauer diskutiert werden.

4.2.1 Dialogische Haltung – Therapeutische Beziehung

Der gelingende Kontakt zwischen Therapeut*in und Klient*in ist für den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess entscheidend. Die dialogische Haltung, welche an Buber (2005) orientiert vor allem die Begegnung von Ich und Du in den Mittelpunkt stellt, ist wesentliche Grundlage für einen erfolgreichen integrativ-gestalttherapeutischen Prozess. Vereinzelt finden sich unter den befragten Integrativen Gestalttherapeut*innen Beschreibungen einer besonderen Nähe und Intimität oder Intensivierung der Beziehung, welche darauf hindeuten könnten, dass in diesen Fällen das entstehen konnte, was Buber das Zwischen nennt.

Eine Antwort ist beispielsweise folgende: „Qualität unseres Kontaktes ist wie von selbst im Vordergrund. Unterschiede sind nivellierter. Wir als Menschen in einer gemeinsamen Welt sind offensichtlicher“ (125) Die Aussagen sind aus integrativ-gestalttherapeutischer Sicht hochinteressant. Es könnte beispielsweise aufgrund von weniger Ablenkungen, wie sie von manchen psychodynamischen Therapeut*innen bei Jesser et al. (2022) im Rahmen der videogestützten Psychotherapie beschrieben werden, zu diesem Fokus kommen. Die durch die Aussage „Unterschiede sind nivellierter“ und die Worte „gemeinsame Welt“ angedeutete Augenhöhe wurde dem Medium auch bereits von anderen Psychotherapeut*innen zugeschrieben (Stammer, 2021). In bisherigen Studien

wurde diese besondere Form der Nähe etwa durch die Unmittelbarkeit mancher Sinneswahrnehmungen erklärt. Beispielsweise durch die bei der Videotelefonie meist eingenommene Position direkt vor dem Bildschirm, welche das Gegenüber näher erscheinen lassen kann als dies in der persönlichen Begegnung in der Praxis meist der Fall ist (Mitchell, 2020). Bei Stammer (2021) wird die Unmittelbarkeit der Stimme am Ohr bei der Sprachtelefonie als ein solcher Faktor beschrieben, welcher besondere Nähe herstellt.

Da es in der vorliegenden Befragung der Integrativen Gestalttherapeut*innen jedoch nur vereinzelte Nennungen in diese Richtung gibt, müssen die einschränkenden Aspekte des therapeutischen Kontakts im Zusammenhang mit Telepsychotherapie ausführlich beleuchtet werden.

Erschwert wird die Begegnung in dialogischer Haltung etwa durch fehlenden Blickkontakt, was auch von manchen der Integrativen Gestalttherapeut*innen angegeben wird. Zwar gibt es Therapeut*innen in anderen Studien, die meinen, dass je nach Position der Kamera auch ein sehr intensiver Blick möglich sei (Mitchell, 2020), jedoch kann dieser nie beidseitig sein. Um vermeintlich in die Augen der anderen Person zu schauen, ist ein direkter Blick in die Kamera notwendig. Im Sinne der Integrativen Gestalttherapie wäre es in diesem Punkt wahrscheinlich angemessen, die Unmöglichkeit dessen direkt anzusprechen und die Bedürfnisse und mögliche Irritationen des*der Klient*in diesbezüglich zum Thema zu machen. Die Tatsache, dass manche Psychotherapeut*innen und den Beschreibungen nach auch Klient*innen diese Tatsache des unmöglichen Blickkontakts verkennen, weist vielmehr darauf hin, dass diese „als-ob-Bedingungen“ gar nicht mehr durchgängig als solche erkannt werden, da virtuelle Begegnungen alltäglich geworden sind. Auf diese Tatsache weist auch Fuchs (2021) hin.

Die fehlende Möglichkeit des Körperkontakts im Rahmen der Telepsychotherapie war und ist während der Pandemie wahrscheinlich ein Stück weit anders zu bewerten. Körperkontakt sollte vor allem in den Phasen der offiziell

gültigen Kontaktbeschränkungsmaßnahmen auch im persönlichen Setting der Psychotherapie nicht mehr stattfinden und ist auch noch nicht vollständig zurückgekehrt. So fehlten und fehlen etwa die früher oft üblichen Begrüßungen oder Abschiede mit Händeschütteln. Was das dauerhafte Fehlen dieser Rituale im Rahmen der Telepsychotherapie bedeuten würde, ist durchaus eine relevante Frage, die auf Basis der vorliegenden Untersuchung nicht beantwortet werden kann.

Genauso wie der fehlende Körperkontakt ist auch die fehlende persönliche Begegnung beziehungsweise Präsenz an sich ein Aspekt, welcher im Rahmen des zwischenleiblichen therapeutischen Kontakts mit dem*der Klient*in als Einschränkung empfunden wird. Eine*r der Integrativen Gestalttherapeut*innen der vorliegenden Studie versucht sich an der Beschreibung der nur schwer verbal fassbaren Qualität der persönlichen Begegnung: „Persönlicher Kontakt ist persönlicher Kontakt, was einen realen zwischenmenschlichen Kontakt darstellt und über Medien schon viel entbehrt, besonders auf Dauer.“ (639) Auch in der aktuell suspendierten Internetrichtlinie für Psychotherapeut*innen wird argumentiert:

Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt – wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht – erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind. (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020, S.6)

Diese erlebbaren, schwer in Worte zu fassenden Aspekte sind die zwischenleiblichen Erfahrungen, die hier entweder vermeintlich oder eben in der Erfahrung der Psychotherapeut*innen ausbleiben. Manche der Integrativen Gestalttherapeut*innen bei Stammer (2021) beschreiben explizit die

Schwierigkeit, sich in das Gegenüber hineinzusetzen und zwischenleibliche Resonanz herzustellen.

Spagnuolo-Lobb (2020) und Frank (2020) sind in ihren Artikeln außerordentlich bemüht darum, die Möglichkeiten der leiblichen Präsenz in der Telepsychotherapie zu thematisieren. Sie beschreiben wie sie sich selbst mit großem Einsatz leiblich vermehrt einbringen und versuchen, ihre diesbezüglichen Erfahrungen anderen Gestalttherapeut*innen zu vermitteln. Sicherlich kann dies auch förderlich sein und wahrscheinlich ist es auch in diesem Sinne zu verstehen, dass durch diese Form des Einfühlens ein Mehr an Präsenz erreicht werden kann. Es stellt sich jedoch die Frage, ob Zwischenleiblichkeit tatsächlich in gleicher Form entstehen kann wie dies im Face-to-Face Setting möglich ist, da das leibliche Spüren im virtuellen Raum aufgrund der eingeschränkten sinnlichen Wahrnehmungsmöglichkeiten von einigen Autor*innen als eingeschränkt angenommen wird (Fuchs, 2021; Nausner, 2018). Dies beschreiben auch Psychotherapeut*innen unterschiedlicher Richtungen bei McBeath et al. (2020) als das Phänomen der „disembodied clients“, also „körperloser Klient*innen“. Auch zweidimensional werden sie genannt. Das ist möglicherweise eine sehr treffende Beschreibung für diesen fehlenden zwischenleiblichen Aspekt, eine fehlende Dimension. Weshalb sich dieser fehlende Aspekt negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken kann, beschreibt Fuchs (2021). So sei die primäre Empathie in körperlicher Präsenz auch ohne einen konzentrierten Fokus darauf möglich. Durch die leibliche Begegnung wird das Gegenüber spürbar. Daher können Klient*innen im persönlichen Kontakt auch unbewusst in dieses Wechselspiel einsteigen. Ohne diese primäre Empathie kann laut Fuchs (2021) keine tatsächliche Einfühlung in das Gegenüber geschehen und somit wird die von Yontef (1999) beschriebene Umfassung nicht möglich, die im Kontakt von Klient*in und Therapeut*in wesentlich ist.

Ähnlich wie beim Blickkontakt können sich beide Seiten darum bemühen, dass sich die andere Person gesehen und in ihrem Blick erwidert fühlt, dennoch gibt es am Bildschirm dieses leibliche Aufeinandertreffen nicht. Es wäre wiederum

mehr im Sinne der Integrativen Gestalttherapie, dies zum Thema zu machen und einen gemeinsamen Umgang damit zu finden, als es mit aller Mühe zu kompensieren zu versuchen.

Unterbrechungen und Verzögerungen aufgrund der verwendeten Technologien, vor allem bei der Videotelefonie, werden vereinzelt zum Thema. Solche Unterbrechungen können bei jedem und jeder Klient*in zu Irritationen führen, da die Sicherheit für die Anwesenheit des Gegenübers schwindet und gerade bei Verzögerungen auch Pausen entstehen können, die zu Missverständnissen oder Verunsicherung führen. Ganz besonders trifft dies bei bestimmten Klient*innengruppen zu, worauf im Weiteren in Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten der Telepsychotherapie noch eingegangen werden soll.

Es ist somit fraglich, ob eine ausreichende dialogische Haltung im Sinne des Ich-Du eingegangen werden kann. Manche der Integrativen Gestalttherapeut*innen behelfen sich in Bezug auf diese Einschränkung damit, dass sie lediglich bereits bekannte Klient*innen auch in der Telepsychotherapie behandeln. Andere betonen, dass für sie keine ausschließliche telepsychotherapeutische Behandlung vorstellbar ist und Klient*innen zwischendurch auch immer wieder persönlich in die Praxis kommen sollen. Somit kann möglicherweise verhindert werden, dass die Fremdheit des Gegenübers, wie es Levinas (2005), L. Perls (2005), Yontef (1999) und Fuchs (2021) beschreiben, verkannt wird und allzu viele Projektionen entstehen.

Die Ich-Es-Haltung scheint dagegen gut umsetzbar zu sein. Darauf deuten auch jene Antworten hin, die das Telefon- oder Online-Setting im Rahmen der Beratung oder Krisenintervention als sehr effizient und sinnvoll sehen.

Zusammengefasst überwiegen in der vorliegenden Studie deutlich die Einschränkungen im Kontakt und der therapeutischen Beziehung. Viele Studien in der Vergangenheit – welche mehrheitlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen untersuchten – sprachen sich im Hinblick auf die therapeutische Beziehung aufgrund der Ergebnisse sehr optimistisch aus. Die aktuellen Studien

betonen oft einzelne einschränkende Aspekte. Eine Ausnahme stellt interessanterweise gerade die Studie mit Integrativen Gestalttherapeut*innen dar, auf welche sich Stammer (2021) in ihrer Master-Thesis bezieht. In Bezug auf den Kontakt zwischen Therapeut*in und Klient*in und die therapeutische Beziehung finden sich hier etwa gleich viele Nennungen zu Einschränkungen wie Qualitäten beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie. Dies mag unter anderem an der unterschiedlichen Fragestellung liegen. Die Frage nach den Veränderungen in der psychotherapeutischen Beziehung gibt keine Richtung im Hinblick auf die Wertung vor, fordert aber eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Fragestellungen zu Verzicht und neuen Möglichkeiten in der vorliegenden Arbeit nehmen die therapeutische Beziehung nicht in den Fokus, geben jedoch die Wertung in die eine oder andere Richtung vor. Es ist denkbar, dass beim Fokus auf die Thematik Psychotherapeut*innen bemüht sind Vor- und Nachteile zu nennen, während bei der offenen Fragestellung mit der jeweiligen Einteilung in Verzicht oder neue Möglichkeiten eher jene Punkte genannt werden, die schnell ins Auge fallen, da viele andere Themen gleichzeitig mitgedacht werden.

Unabhängig davon, wie viele Aspekte als Einschränkungen oder Chancen berichtet werden, bleibt eine abschließende Bewertung der Qualität der therapeutischen Beziehung oft aus. Es muss dazu erwähnt werden, dass die aktuellen Studien mehrheitlich Befragungen von Psychotherapeut*innen sind, während die Studien vor der COVID-19 Pandemie vor allem die Aussagen von Klient*innen berücksichtigen. Wie Germain et al. (2010) in der Erhebung mit sowohl Klient*innen als auch Psychotherapeut*innen feststellten, waren die Psychotherapeut*innen in ihrer Bewertung der therapeutischen Beziehung deutlich pessimistischer als die Klient*innen. Bei jeglicher globaler Bewertung der therapeutischen Beziehung bleibt jedoch unklar, worauf genau sich diese Bewertung bezieht.

4.2.2 Integrativ-gestalttherapeutisches Vorgehen

Für das phänomenologische Explorieren und den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess als Ganzes sind die Sinneswahrnehmungen von besonderer Bedeutung, da sie wesentliche Informationen für das Vorgehen des*der Therapeut*in beinhalten. Nun kann in der Telepsychotherapie, wie von den Integrativen Gestalttherapeut*innen beschrieben, nur ein Teil des Körpers wahrgenommen werden, verschiedene Bewegungen werden gar nicht sichtbar. Im Rahmen der Sprachtelefonie fehlt die visuelle Wahrnehmung komplett. Die akustische Wahrnehmung kann aufgrund der Technik bei der Videotelefonie verändert beziehungsweise verzögert sein, im Rahmen der Sprachtelefonie wird das Hören jedoch als besonders intensiv und reichhaltig an Informationen wahrgenommen. Vor allem die ganzheitliche Wahrnehmung, welche für die Integrative Gestalttherapie besondere Bedeutung hat, da sie mehr beinhaltet als die einzelnen Beobachtungen, ist im Setting der Telepsychotherapie aber jedenfalls nicht möglich. Auch die Atmosphäre bleibt eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmbar. Die Resonanz wird von manchen Integrativen Gestalttherapeut*innen als eingeschränkt erlebt. Dies mag bereits die Folge der fehlenden leiblichen Wahrnehmungen sein. Bezugnehmend auf den Phänomenologen Fuchs (2021) besteht in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass die fehlenden Beobachtungen automatisch ergänzt werden, was zu Fehlinterpretationen und Irritationen führen kann.

Diese Tatsache kann auch erklären, weshalb manche Therapeut*innen eine erhöhte Vorsicht in Bezug auf belastende Themen oder konfrontatives Vorgehen beschreiben, da das jeweilige Befinden und die Auswirkungen durch fehlende Sinneseindrücke weniger abschätzbar werden. Es stellt sich die Frage, ob dieser Schwierigkeit tatsächlich durch vermehrte Schulungen oder Ausbildungen im Bereich der Telepsychotherapie beigegeben werden kann, wie dies von einigen Psychotherapeut*innen in Befragungen beschrieben wird (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020; McBeath et al., 2020) und was auch etwa Picó Vila et al. (2021) als Autor*innen fordern. Sicherlich kann es sinnvoll sein, diese Herausforderung

zu thematisieren und noch genauer zu erörtern, jedoch gibt es hier möglicherweise auch eine natürliche Grenze des Mediums Telepsychotherapie, sowohl wenn dies den Einsatz von Videotelefonie wie auch jenen von Sprachtelefonie beinhaltet. Die eingeschränkte Sinneswahrnehmung kann aller Voraussicht nach nicht vollständig durch Wissen ersetzt werden. Die Bemühungen von Therapeut*innen, ihre Klient*innen zu mehr Beschreibungen zu ermuntern, sind sicher hilfreich, können aber auch nur jene Aspekte beinhalten, welche den Klient*innen bewusst sind oder welche durch Achtsamkeit bewusst werden. Jene hilfreichen Rückmeldungen, welche sich auf phänomenologische Beobachtungen durch den*die Therapeut*in beziehen, fallen da weg, wo sie aufgrund der eingeschränkten Sinneswahrnehmung und Resonanz schlichtweg nicht möglich werden.

Es stellt sich somit die Frage, welche Tiefung der therapeutische Prozess erreichen kann, wenn wesentliche Aspekte des therapeutischen Vorgehens eingeschränkt sind. Manche der Integrativen Gestalttherapeut*innen berichten, dass es bei schwierigen Themen zu weniger Tiefung komme. Andere Therapeut*innen berichten von einer vermehrten persönlichen Öffnung, die sie bei manchen Klient*innen beobachten, die somit wahrscheinlich mit klient*innenspezifischen Merkmalen zusammenhängt. Nun könnte dies als ein Wagnis an der Kontaktgrenze beschrieben werden und somit für einen guten Kontakt sprechen, wie es auch bei Stammer (2021) beschrieben wird. Jedoch handelt es sich dabei um ein Phänomen, das generell im Zuge der virtuellen Kommunikation auftaucht und schon zu Beginn der 2000er Jahre beschrieben wurde. Es zeigt sich, dass dieses Phänomen vor allem der vermehrten Anonymität zugesprochen wird, die dieser Form der Kommunikation innewohnt. Auch in den Antworten der Integrativen Gestalttherapeut*innen finden sich solche Hinweise, so wird beispielsweise vermutet, dass es beim Einsatz der Sprachtelefonie manchen Klient*innen leichter fällt sich zu öffnen, weil sie nicht gesehen werden. Eine solche Vermutung entstand auch schon in der Befragung von Poltrum et al. (2020) in Bezug auf die Sprachtelefonie. In dem Fall kann jedoch nicht argumentiert

werden, dass die Mitteilung über heikle Themen einen intensiveren Kontakt bedeutet, sondern dass genau das Gegenteil der Fall ist. Es bleibt also zu beobachten und in der Forschung zu berücksichtigen, ob dieses Phänomen im Rahmen der Integrativen Gestalttherapie als ein ausschließlich positiv zu bewertender Umstand gelten kann. So ist doch vorstellbar, dass in diesem Zusammenhang Themen angesprochen werden, die in der Face-to-Face Beziehung (noch) nicht gehalten werden können und im Nachhinein Scham auslösen können, was wiederum die therapeutische Beziehung belastet oder einen Rückzug der Klient*in verursachen könnte. In der Gestalttherapie ist das Ziel nicht, dass möglichst schnell viel Schmerzhaftes und Schambesetztes geteilt wird, sondern jeweils so viel, dass es gut integriert werden kann. Es wird wichtig sein, dass Therapeut*innen dieses Phänomen der virtuellen Begegnung mit bedenken und mit ihren Klient*innen auch thematisieren, damit diese sich in der vermeintlichen Anonymität nicht selbst übergehen.

Ein erhöhter Fokus in den telepsychotherapeutischen Einheiten, der von einigen Integrativen Gestalttherapeut*innen berichtet wird, könnte auf eine gute Gestaltbildung hinweisen. Das Arbeiten im Rahmen der Telepsychotherapie wird immer wieder als sehr effizient und konkret beschrieben. Auch andere Autor*innen berichten von dieser Tatsache (Jesser et al., 2022; Mitchell, 2020). Unterstützend könnte dabei sein, dass manche der befragten Integrativen Gestalttherapeut*innen erleben, dass Klient*innen sich durch weniger Beobachtung gut auf sich selbst konzentrieren können.

Die Möglichkeit, dass Einheiten durch Telepsychotherapie trotz Entfernung, organisatorischen oder anderen verhindernden Umständen durchgeführt werden können und ein Therapieende etwa bei einem Umzug oder Auslandsaufenthalt nicht zwingend notwendig wird, ermöglicht in manchen Fällen eine erhöhte Kontinuität des therapeutischen Prozesses. Dies wird von den befragten Integrativen Gestalttherapeut*innen als eine gute neue Möglichkeit empfunden und entspricht auch sehr einem prozess- und beziehungsorientierten Vorgehen wie der Integrativen Gestalttherapie.

Die Tatsache, dass insgesamt viele neue Möglichkeiten im therapeutischen Prozess berichtet werden, zeugt von der veränderten Umgebung, in welcher sich Therapeut*in und Klient*in beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie befinden. Sie können auch im Sinne der Experimentierfreude der Integrativen Gestalttherapeut*innen verstanden werden. Im gemeinsamen Gewahrsein um diese möglichen Veränderungen ist es auch vorstellbar, diese im Weiteren im Therapieprozess gezielt zu nutzen.

4.2.3 Therapeutisches Setting

Interessant ist die Tatsache, dass Integrative Gestalttherapeut*innen die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess deutlich mehr betonen als Aspekte, die sich im therapeutischen Setting verändern. Im Sinne der Wirkung des Feldes wird durchaus darauf eingegangen, dass die vertraute Umgebung bei dem*der Klient*in zuhause Sicherheit oder neue Einblicke ermöglichen kann und dass dem Setting an sich eine höhere Flexibilität innewohnt. Einschränkende oder problematische Aspekte, wie sie etwa von psychodynamisch orientierten Psychotherapeut*innen bei Jesser et al. (2022) thematisiert werden, tauchen jedoch nicht auf. Tatsächlich mag dies daran liegen, dass der haltgebende Moment der Integrativen Gestalttherapie zu einem großen Teil in der therapeutischen Beziehung gesehen wird und nicht so sehr wie in anderen therapeutischen Schulen im stark strukturierten Setting, das durch die Telepsychotherapie stark verändert wird. Auch die Sorge bezüglich des Teilens der privaten Umgebung des*der Psychotherapeut*in wird nicht thematisiert, was wohl aufgrund der selektiven Authentizität, wie sie in der Integrativen Gestalttherapie gelebt wird, weniger Irritation auf Seiten der Psychotherapeut*innen auslöst und der Hintergrund bei der Videotelefonie durchaus genau dieser selektiven Authentizität entsprechen kann.

4.2.4 Therapeutische Techniken

Die als eingeschränkt erlebten Interventionen sind solche, welche in der Integrativen Gestalttherapie häufig Anwendung finden, allen voran körperbezogene, szenische und kreative Interventionen. Der Grund für die vermehrte Nennung dieser Techniken kann darin begründet sein, dass diese Techniken im Fokus der Integrativen Gestalttherapeut*innen stehen. Ebenso nachvollziehbar erscheint jedoch mit Bezug auf weitere Aspekte, die im Bereich der Einschränkungen genannt werden, dass eben gerade jene Interventionen über Sprach- oder Videotelefonie erschwert durchführbar sind. Für diese Hypothese sprechen auch die Ergebnisse von Poltrum et al. (2020) in Österreich und McBeath et al. (2020) in Großbritannien. In beiden Studien wurden Psychotherapeut*innen aller therapeutischen Richtungen online befragt. Es fanden körperbezogene und szenische Interventionen wie auch kreative Medien in beiden Fällen wiederholt Erwähnung. Bei Stammer (2021) wurden Integrative Gestalttherapeut*innen explizit nach gut durchführbaren Techniken gefragt, kognitiv-sprachliche Interventionen wurden in dem Zusammenhang am öftesten genannt.

In der vorliegenden Studie wird wenig Bezug darauf genommen, weshalb körperbezogene, szenische oder kreative Techniken weniger gut anwendbar sind. Manchmal wird erwähnt, dass das fehlende Material ein Grund dafür ist. Gerade im Zusammenhang mit den körperbezogenen Interventionen kann es jedoch sowohl die tatsächliche Unmöglichkeit von etwa körperlicher Berührung sein, die zu der Einschränkung führt, die eingeschränkten leiblichen Wahrnehmungen sowohl auf Seiten der Klient*in als auch auf Seiten der Therapeut*in könnten dem jedoch ebenso zugrunde liegen.

Es stellt sich die Frage, wie sehr eine längerfristige Veränderung oder Einschränkung des Einsatzes der bekannten Techniken in der Telepsychotherapie einen Nachteil für den therapeutischen Prozess bedeuten könnte. Blickt man auf die Art und Weise, wie Techniken in der Gestalttherapie generell verwendet werden, kann diese Einschränkung möglicherweise relativiert werden. So ist es

auch im persönlichen Setting üblich, dass Interventionen gemeinsam adaptiert und umgesetzt werden (Staemmler, 2001). Es finden sich auch in den Daten schon Hinweise auf solche Adaptionen. Picó Vila et al. (2021) verweisen ebenso auf das Potential der kreativen Anpassung in Bezug auf Interventionen. So ist es durchaus vorstellbar, dass für verschiedene szenische und kreative Techniken eine andere Umsetzungsmöglichkeit gefunden werden kann oder auch eine ganz andere Intervention entsteht.

4.2.5 Einsatzmöglichkeiten von Telepsychotherapie

Die von den Integrativen Gestalttherapeut*innen als sinnvoll erlebten Einsatzmöglichkeiten der Telepsychotherapie beziehen sich, wie auch schon in anderen Erhebungen, häufig auf jene Klient*innen, welche aufgrund von (vorübergehender) weiter Entfernung oder eingeschränkter psychotherapeutischer Versorgung am Wohnort, Telepsychotherapie in Anspruch nehmen möchten. Die Alternativen reichen in diesem Fall von einem Therapeut*innenwechsel über das Zurücklegen weiter Strecken zur Therapiepraxis bis zu einer Nichtversorgung mit Psychotherapie. Im integrativ-gestalttherapeutischen Sinne sind im Hinblick auf die Beziehungsorientierung Abwägungen zu treffen, ob ein Wechsel zu einem*einer anderen Therapeut*in oder mögliche Einschränkungen des therapeutischen Kontakts im telepsychotherapeutischen Setting schwerer wiegen.

Organisatorische Schwierigkeiten werden von manchen Psychotherapeut*innen als Gründe angeführt, eine Psychotherapie über Sprach- oder Videotelefonie durchzuführen.

Körperliche Erkrankungen werden ebenso immer wieder genannt. Wenn etwa eine Person den Weg in die Praxis nicht oder nur mit besonderer Mühe schaffen würde oder aufgrund einer Grunderkrankung vor Infekten geschützt werden soll. Ob dadurch tatsächlich ein adäquater Ersatz für Hausbesuche gefunden werden kann, lässt sich aufgrund der aktuellen Forschungslage nicht

beurteilen. Gerade jene Personen, welche wenig am öffentlichen Leben teilnehmen können, leiden möglicherweise ganz besonders an einer entsprechenden weiteren Einschränkung von persönlichem Kontakt mit anderen.

In Bezug auf psychiatrische Störungsbilder wird vor allem die Therapie von Menschen mit Angststörungen als Einsatzmöglichkeit für Telepsychotherapie genannt. Es ergibt sich aus den Daten, dass die Einschätzung in die Richtung geht, dass Telepsychotherapie eine gute Möglichkeit für den Einstieg sein könnte, um ein niederschwelliges Angebot ohne sofortige Konfrontation der Ängste zur Verfügung zu stellen und weiterführend an einer Überführung in die Face-to-Face Psychotherapie zu arbeiten. Dieser Aspekt ist aus therapeutischer Sicht besonders wichtig, da es im Rahmen von Psychotherapie nicht um eine Verstärkung der Vermeidung angstmachender Situationen gehen soll. Das Erleben von Sicherheit und Halt gebenden Beziehungserfahrungen gerade in solchen Situationen, ermöglichen eine Konfrontation mit der Angst und damit deren Überwindung. Dafür ist es notwendig sich ausreichend auf der Vermeidung heraus zu wagen, was bei ausschließlicher Telepsychotherapie eventuell nicht ausreichend geschehen würde. Bei depressiven Erkrankungen könnten vor allem Phasen der Antriebslosigkeit aufgefangen werden, indem Therapiestunden nicht ausfallen müssen und an genau diesen Themen gearbeitet werden kann.

Vereinzelt, aber deutlich seltener, sprechen sich Psychotherapeut*innen für den Einsatz bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen aus. Da es im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen sehr unterschiedlich stark betroffene Klient*innen gibt, ist eine so globale Einordnung auch schwerlich möglich.

Nicht erwähnt werden bei den Empfehlungen Klient*innen mit strukturellen Defiziten. Dies passt zu den Überlegungen hinsichtlich der Herausforderungen im telepsychotherapeutischen Setting. Dabei könnte vor allem die Beobachtung, dass bei diesen Klient*innen Verwirrung, Unterbrechungen und Missverständnisse an sich schon vermehrt Thema sind (Klampfl, 2016), dies erklären, da das telepsychotherapeutische Setting solche Probleme aufgrund der

eingeschränkter Sinneswahrnehmung und auftretenden technologischen Schwierigkeiten noch verstärken kann.

Ebenfalls keine Empfehlung wird für Klient*innen mit Traumafolgestörungen ausgesprochen. Im Rahmen der therapeutischen Techniken werden die traumaspezifischen Interventionen häufig als eingeschränkt oder nicht durchführbar erlebt. Zudem ist für diese Klient*innen ein spürbares Gegenüber besonders wichtig (Hoffmann-Widhalm, 2018). Die spezifischen Erschwernisse in der zwischenleiblichen Resonanz wurden bereits erläutert. Zudem wurde von den Integrativen Gestalttherapeut*innen eine gewisse Handlungsunsicherheit beschrieben, die auch auf einer eingeschränkten Wahrnehmung des Befindens des*der Klient*in fußt und gerade im Zusammenhang mit Trauma sehr wichtig ist. Auch die Unmöglichkeit eines direkten körperlichen Eingreifens erschwert den Umgang in einer Situation, in welcher es zu einer emotionalen Überflutung kommt. Da es dennoch wünschenswert ist, dass im Fall von Traumafolgen eine frühzeitige Behandlung stattfindet, kann es bei dieser Klient*innengruppe je nach möglicher psychotherapeutischer Versorgung in der unmittelbaren Umgebung zu ganz individuellen Entscheidungen kommen. Ein Einsatz von Telepsychotherapie in Krisengebieten, wie dies von einer Person vorgeschlagen wurde, würde demnach eventuell in Frage kommen, auch wenn die zusätzliche potentielle Erschwernis durch Sprachbarrieren nicht außer Acht gelassen werden kann.

Interessant ist, dass sich einige der Integrativen Gestalttherapeut*innen dazu äußerten, dass sie den Einsatz von Sprach- und Videotelefonie für Krisenintervention oder Beratung vorstellbar finden. Die Sprachtelefonie hat sich in diesem Kontext schon langjährig als sehr hilfreich herausgestellt. Es mag an der Kombination mehrerer Vorteile in diesem Zusammenhang liegen. Es handelt sich um ein bekanntes, schnell verfügbares Medium, mit welchem den Ergebnissen zufolge sehr fokussiertes Arbeiten möglich ist. Darüber hinaus stellt die Stimme direkt am Ohr für manche eine besondere Nähe her und die relative Anonymität ermöglicht ein freies Sprechen über oft heikle oder schambesetzte Inhalte. Die

Annahme, dass bei Telepsychotherapie die Beziehung und die Sinneswahrnehmung in den Hintergrund treten, lässt Krisenintervention oder Beratung für manche Psychotherapeut*innen zwar als wichtige, aber einzige Einsatzmöglichkeit von Sprach- oder Videotelefonie erscheinen.

4.3 Conclusio

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen mehrheitlich die bereits bestehenden Einschätzungen von Psychotherapeut*innen aus anderen Studien zu den vorteilhaften und einschränkenden Aspekten der Telepsychotherapie und ihren Einsatzmöglichkeiten. Aufgrund des Blickwinkels der Integrativen Gestalttherapeut*innen werden bestimmte Aspekte hervorgehoben, wie beispielsweise die Einschränkungen im therapeutischen Kontakt, die Verringerung der sinnlich wahrnehmbaren Informationen und der nonverbalen Interaktion, der Verzicht auf wesentliche Techniken der Integrativen Gestalttherapie und die Betonung der Bedeutung des Einbezugs von störungsspezifischen Überlegungen beim Einsatz von Telepsychotherapie.

Zwar werden insgesamt mehr einschränkende Aspekte als neue Möglichkeiten beim Einsatz von Telepsychotherapie beschrieben, jedoch beziehen sich davon viele auf die therapeutischen Techniken, welche im gestalttherapeutischen Sinne auch kreativ angepasst werden können. Im therapeutischen Prozess werden viele neue Möglichkeiten erlebt, die auch im Sinne des gestalttherapeutischen Experimentierens als Bereicherung erlebt werden können.

In der Haltung zum temporären Einsatz der Telepsychotherapie unter bestimmten Umständen unterscheiden sich die Integrativen Gestalttherapeut*innen nicht von Psychotherapeut*innen in anderen Studien.

Zwar werden die weiteren Einschränkungen, welche sich nicht unmittelbar auf die therapeutischen Techniken beziehen, weniger häufig genannt, jedoch könnten diese für den integrativ-gestalttherapeutischen Prozess noch

bedeutsamer sein, da nicht lediglich die Möglichkeiten eines Vertiefens, Distanzierens oder weiterer Exploration fehlen, wie dies im Rahmen von fehlenden Techniken der Fall ist, sondern die grundlegende Arbeit im Kontakt mit dem*der Klient*in beeinträchtigen könnten. So etwa das für das phänomenologische Vorgehen essentielle sinnliche Wahrnehmen und somit die leibliche Erfahrung in der Psychotherapie und schränken zudem die zwischenleibliche Resonanz im Kontakt ein. Es kann also nicht argumentiert werden, dass die therapeutische Erfahrung die gleiche sein kann wie im persönlichen Kontakt.

Andererseits sprechen die sinnvollen Einsatzmöglichkeiten der Telepsychotherapie im Sinne der Kontinuität von Therapieprozessen und der Möglichkeiten für eine psychotherapeutische Versorgung von Klient*innengruppen, die diese Chance aufgrund der örtlichen Gegebenheiten oder ihrer körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen sonst nicht hätten, wiederum deutlich für den wohlüberlegten und temporären Einsatz in bestimmten Fällen. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Telepsychotherapie unerlässlich. Anders als die in der Literatur und teilweise in den Befragungen anzutreffenden Haltungen, welche sich oft in den Extremen des uneingeschränkten Zuspruchs oder der strikten Ablehnung aufhalten, wäre ein integrativer Umgang damit sinnvoller. Es sollten beide Pole und somit die deutlichen Chancen und Herausforderungen beleuchtet und im Sinne der schöpferischen Indifferenz aus der Mitte heraus betrachtet werden. Dadurch kann eine Integration vollzogen werden, die zu einem reflektierten und professionellen Umgang mit diesen neuen technologischen Möglichkeiten führt. Die vorliegende Arbeit soll dazu einen Beitrag leisten.

4.4 Limitationen

Die Daten, auf welche sich die vorliegende Master-Thesis bezieht, stammen aus einer Online-Erhebung, die von ÖAGG und Universität Wien in Kooperation zu zwei Zeitpunkten durchgeführt wurde.

Das Teilsample der Integrativen Gestalttherapeut*innen zu den beiden Erhebungszeitpunkten ist mit 58 und 21 Teilnehmer*innen als klein zu bezeichnen, was die Aussagekraft der Studie verringert und eine zusätzliche Berechnung statistischer Signifikanz im Vergleich einzelner Kategorien nicht zulässt.

Die Tatsache, dass es sich um eine Längsschnitterhebung handelt, in welcher die zusammengehörigen Fälle des ersten und zweiten Erhebungszeitpunkts nicht zugeordnet wurden, schränkt den Informationsgehalt der vorliegenden Daten ein, da sich dadurch interessante Wiederholungen oder Veränderungen auf individueller Ebene zeigen hätten können.

Die Fragen, die das Datenmaterial der Master-Thesis bilden, wurden dabei sehr offen gestellt. Auf den ersten Blick mag es so wirken, als wären die erste Frage „Auf welche Methoden/Vorgangsweisen (therapeutische Möglichkeiten) müssen Sie aufgrund des Einsatzes von Sprach- oder Videotelefonie verzichten?“ und die zweite Frage „Eröffnen Sie sich für Sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche?“ Fragen nach den Nachteilen und Vorteilen der Telepsychotherapie. Bei genauerem Lesen und in Zusammenschau mit den Antworten zeigt sich jedoch der Fokus der ersten Frage auf therapeutische Techniken/Methoden und weniger auf das Setting Telepsychotherapie, die Interaktion im Prozess oder die therapeutische Beziehung. In der zweiten Frage hingegen wird die Frage deutlich offener gestellt, weshalb die Antworten sich auch mehr auf die in dieser Master-Thesis interessierenden Aspekte des zwischenmenschlichen therapeutischen Prozesses beziehen.

Eine weitere Einschränkung in Bezug auf die Fragestellung ergibt sich dadurch, dass in der zweiten und dritten Frage mehr als eine Frage gestellt wird. So antworten manche Personen entweder auf einen oder den anderen oder aber auf beide Teile der Frage. Dadurch ist die Auswertung der Antworten, in welchen eine grundsätzliche Bejahung oder Verneinung der neuen Möglichkeiten beziehungsweise der Empfehlung für bestimmte Zielgruppen beschrieben wird, eingeschränkt aussagekräftig.

Das Datenmaterial ist gerade im Datensatz A und somit bei Antworten auf die erste Frage sehr rudimentär und stichwortartig. Zeitweise wird dadurch eine genaue Zuordnung schwieriger und es fehlen Großteils Erläuterungen, weshalb gewisse Techniken beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie nicht angewendet werden können oder auch ob diese nur eingeschränkt oder gar nicht einsetzbar waren.

Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft liegt in der Tatsache, dass im gesamten Fragebogen kaum und bei den offenen Fragen gar nicht zwischen Sprach- und Videotelefonie unterschieden wird. Diese Unterscheidung und somit die jeweiligen spezifischen Einschränkungen und Vorteile bleiben damit zum größten Teil unklar. In manchen Bereichen führen die Integrativen Gestalttherapeut*innen das eine oder andere explizit an und es ergeben sich dadurch spannende Hinweise auf die verschiedenen Wirkweisen, jedoch bleibt dies die Ausnahme und somit gehen viele Aspekte der Wahrnehmung der Psychotherapeut*innen verloren.

4.5 Ausblick

Aufgrund der komplexen auftauchenden Phänomene, die im Zusammenhang mit der Telepsychotherapie zu beobachten sind, ist weitere Forschung in diesem Bereich unbedingt notwendig. Viele Aspekte, die aktuell zu einem großen Teil den Vor- oder Nachteilen von Telepsychotherapie zugeordnet werden, sind weit nicht so eindimensional und eindeutig beschreibbar, wie dies durch die Zuordnungen erscheinen kann. Darauf weisen bereits Poltrum et al. (2020) hin, die eine größere Gruppe von Psychotherapeut*innen befragten. Es zeigt sich, dass manche Aspekte, die den Vorteilen zugeordnet werden, bei geringem Verschieben des Blickwinkels auch als Nachteile gesehen werden können und umgekehrt. Angedeutet wurde dies in der vorliegenden Arbeit etwa im Hinblick auf das Phänomen der vermehrten persönlichen Öffnung mancher Klient*innen. Eine Differenzierung durch weitere Studienergebnisse könnte hier

sehr hilfreich sein. Ebenso wäre es zielführend, die diagnosespezifischen Vermutungen zu geeigneten Zielgruppen für die Anwendung von Telepsychotherapie zu konkretisieren. Interessant wäre auch vermehrte Forschung zur psychischen Befindlichkeit von Psychotherapeut*innen, welche vermehrt telepsychotherapeutisch arbeiten, da es immer wieder Hinweise gibt, dass diese Arbeit als besonders fordernd erlebt wird. Die in den Ergebnissen als Thema aufgetauchte Handlungsunsicherheit bei einigen Psychotherapeut*innen bei der virtuellen Arbeit könnte zudem weiter exploriert werden, um eine Grundlage für passende Unterstützungsangebote zu generieren.

Spezifische integrativ-gestalttherapeutische Forschung bietet ein breites Feld. Gerade im Bereich der qualitativen Forschung liegt für die Therapieverfahren mit humanistischem Hintergrund viel Potential für eine fundierte Auseinandersetzung und wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung. Die Beiträge der Gestalttherapie waren seit jeher auch politisch geprägt. Gesellschaftliche Entwicklungen wie die Technologisierung und Flexibilisierung des Alltags und deren Auswirkungen auf die Psychotherapie, bedürfen einer kritischen und gleichzeitig involvierten Auseinandersetzung, zu welcher die dialogische und phänomenologische Sichtweise der Integrativen Gestalttherapie viel beitragen kann.

Die ethischen Fragen bei der Gegenüberstellung von therapeutischen Versorgungsproblemen auf der einen Seite und dem vermehrten Einsatz von Telepsychotherapie auf der anderen Seite, sollten unbedingt intensiver reflektiert werden, damit Psychotherapeut*innen in der Praxis informierte Entscheidungen treffen können, wenn es um den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie zur Durchführung von Psychotherapie geht.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amendt-Lyon, N. (2000). Selektive Authentizität. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 55-56). Springer, Wien/New York.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*, 288-295.
<https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Barthofer, K. (2018). Die Online-Sitzung in der Psychotherapie – Chancen und Herausforderungen für das digitale Zeitalter. *Feedback, 1-2*, 65-81.
- Beisser, A. (1998). Gestalttherapie und das Paradox der Veränderung. *Gestaltkritik, 1*,
Verfügbar unter: http://www.gestalt.de/beisser_paradox.html
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the Covid-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*, 238–247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Buber, M. (2005). *Ich und Du*. Lambert Schneider/Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2020). 98. *Verordnung: Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes 2020*. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2020_II_98/BGBLA_2020_I_98.pdfsig
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (2020) *Internetrichtlinie. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen*

Beratung via Internet. Verfügbar unter:
<https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:48e371db-49fe-403f-b27f-c35dc949b21b/Internetrichtlinie.pdf>

Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. Klett-Cotta, München.

Butollo, W. & Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung*. Klett-Cotta, Stuttgart.

Ehrenfels, C. (1890). Über Gestaltqualitäten. *Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Philosophie, Jahrgang 13, 49-292*.

Eichenberg, C., & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen, 2, 93-107*.

Francesetti, G. (2020). *La terapia della Gestalt ai tempi della quarantena: intervista a Gianni Francesetti. [Gestalt Therapy in the Times of Quarantine: an Interview with Gianni Francesetti] Interview by Gianluca D'amico*. Verfügbar unter:
<https://www.psicologiafenomenologica.it/psicoterapia/terapia-gestalt-quarantena-gianni-francesetti/>

Frank, R. (2020). Developing presence online. *The Humanist Psychologist, 48(4)*.
<https://doi.org/10.1037/hum0000208>

Fuchs, T. (2021). *Verteidigung des Menschen. Grundfragen einer verkörperten Anthropologie*. Suhrkamp, Berlin.

- Fuhr, R. (2001). Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existenzieller und experimenteller Ansatz. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 417-437). Hogrefe, Göttingen.
- Gahleitner, S. B. & Hinterwallner, H. (2014). *Die qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode*. ZKS-Verlag, Coburg.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, behavior and social networking, 13*, 29–35. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0139>
- Gonzi, M. (2020). Covid-19: our response as Gestalt psychotherapists. *British Gestalt Journal, 29(1)*, 3-11.
- Gremmler-Fuhr, M. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345-392). Hogrefe, Göttingen.
- Hochgerner, M. (2015). *Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie*. AV Akademikerverlag, Saarbrücken.
- Hochgerner, M. & Wildberger, E. (2018). Gestalttherapie in Österreich. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 170-175). Facultas, Wien.

- Hoffmann-Widhalm, H. (2018). Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 367-392). Facultas, Wien.
- Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R. & Stammer, J. (2021). Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie. *Psychotherapie Forum*, 1-2. <https://doi.org/10.1007/s00729-021-00169-2>
- Höfner, C., Mantl, G., Korunka, C., Hochgerner, M., & Straßer, M. (2021). Psychotherapie in Zeiten der COVID-19- Pandemie: Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis. *Feedback*, 1-2, 23-37.
- Höll, K. (2001). Politische, sozialpsychologische und ökologische Dimensionen der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 513-544). Hogrefe, Göttingen.
- Jesser, A., Muckenhuber, J., & Lunglmayr, B. (2022). Psychodynamic therapists' experiences with remote psychotherapy during the COVID-19-pandemic – A qualitative study with therapists practicing guided affective imagery, hypnosis and autogenous relaxation. *Frontiers in Psychology*, 12 (777102). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.777102>
- Joyce, P. & Sills, C. (2015). *Gestalttherapeutische Kompetenzen für die Praxis*. EHP, Bergisch-Gladbach.

- Klampfl, P. (2016). Selbstzerstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 75-123). Facultas, Wien.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy für traumatized patients? *Journal of medical internet research, 8(4)*.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e31>
- Korunka, C., Höfner, C., Straßer, M., Hochgerner, M. & Mantl, G. (2021). Der Einsatz von Sprach- und Videotelefonie in der Psychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine Querschnitterhebung zu zwei Erhebungszeitpunkten. *Psychotherapie Forum, 3-4/2021*.
<https://doi.org/10.1007/s00729-021-00187-0>
- Leibert, T., Archer Jr., J., Munson, J. & York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling, 28, 69-83*.
<https://doi.org/10.17744/mehc.28.1.f0h37djr89nv6vb>
- Levinas, E. (2005). *Humanismus des anderen Menschen*. Meiner, Hamburg.
- Lewin, K. (2012). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Huber, Bern.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum: Qualitative Social Research, 1 (2)*. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>

- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12.Aufl.). Beltz, Weinheim.
- McBeath, A.G., duPlock, S., & Bager-Charleson, S. (2020). The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic. *Counseling Psychotherapy Research, 20* (3), 394-405.
<https://doi.org/10.1002/capr.12326>
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. De Gruyter, Berlin.
- Meyer B., Berger T., Caspar F., Beevers C. G., Andersson G., & Weiss M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 11*, (2).
<https://doi.org/10.2196/jmir.1151>
- Mitchell, E. (2020). "Much more than second best": therapists' experiences of videoconferencing psychotherapy. *European Journal Qualitative Research in Psychotherapy, 10*, 121–135.
- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Botella, C., Mayoral-Cleries, F., Baños, R., Herrera-Mercadal, P., Romero-Sanchiz, P., Gili, M., Castro, A., Noguiera, R. & García - Campayo, J. (2015). Expectations among patients and health professionals regarding web-based interventions for depression in primary care: a qualitative study. *Journal of Medical Internet Research, 17* (3), 1-16.
<https://doi.org/10.2196/jmir.3985>

- Nausner, L. (2018). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 75-123). Facultas, Wien.
- Neumayr, H. (2016). Einführung. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 15-26). Facultas, Wien.
- Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (2020). *Coronavirus – Informationen für PsychotherapeutInnen*. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/coronavirus-informationen-psychotherapeutinnen>
- Perls, F. (2006). *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Perls, F. (2014). *Gestalttherapie in Aktion*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (2015). *Gestalttherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. EHP, Köln.
- Picó Vila, D., Keyes, H. A., & Valantin, B. (2021). Internet-mediated Gestalt therapy: excitement and growth in an online field. *British Gestalt Journal*, 30(1). <https://doi.org/10.53667/DUXR1350>
- Poltrum, M., Uhl, A., & Poltrum, H. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona: Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse. *SFU Forschungsbulletin*, 8(2). <https://doi.org/10.15135/2020.8.2.1-24>

- Probst, T., Humer, E., Stippl, P. & Pieh, C. (2020). Being a Psychotherapist in Times of the Novel Coronavirus Disease: Stress-Level, Job Anxiety, and Fear of Coronavirus Disease Infection in More Than 1,500 Psychotherapists in Austria. *Frontiers in Psychology, 11* (559100). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559100>
- Ramsenthaler, C. (2013). Was ist „qualitative Inhaltsanalyse“? In M. Schnell, C. Schulz, H. Kolbe & C. Dunger (Hrsg.), *Der Patient am Lebensende, Palliative Care und Forschung* (S. 23 – 42). Springer, Wiesbaden.
- Schigutt, R. (2018). Grundsätzliche Überlegungen zur gestalttherapeutischen Praxis. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 229-239). Facultas, Wien.
- Schmidt-Lellek, C.J. (2018). Gestalttherapie als dialogisches Verfahren. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 61-84). Facultas, Wien.
- Schmitt, R., Gahleitner, S.B., & Gerlich, K. (2014). *Wissen schaffen und abschaffen: eine Einführung*. ZKS-Verlag, Coburg.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative Sozialforschung, 15*(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043>
- Simpson, S.G. & Reid, C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health, 22*, 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>

- Spagnuolo Lobb, M. (2020). Gestalt therapy during coronavirus: Sensing the experiential ground and "dancing" with reciprocity. *The Humanistic Psychologist, 48(4)*, 397-409. <https://doi.org/10.1037/hum0000228>
- Staemmler, F. M. (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Staemmler, F. M. (2001). Gestalttherapeutische Methoden und Techniken. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 439-460). Hogrefe, Göttingen.
- Staemmler, F. M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie?* EHP, Bergisch-Gladbach.
- Stammer, J. (2021). *Telepsychotherapie in der Integrativen Gestalttherapie während der COVID-19-Pandemie. Auswirkungen auf die psychotherapeutische Beziehung und den Einsatz von Techniken*. Master-Thesis am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems.
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 10(993)*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00993>
- Uhl, A., Poltrum, H., & Poltrum, M. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – quantitative Analyse. *SFU Forschungsbulletin, 8(2)*. <https://doi.org/10.15135/2020.8.2.25-58>
- Votsmeier-Röhr, A., & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. Ernst Reinhard Verlag, München.

- Wade, V. A., Karnon, J., Elshaug, A. G., & Hiller, J. E. (2010). A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. *BMC Health Services Research, 10*(233). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-233>
- Yontef, G. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess. Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. EHP, Bergisch-Gladbach.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Gesamtstichprobe	39
Tabelle 2: Stichprobe der Integrativen Gestalttherapeut*innen	40
Tabelle 3: Bildung von Paraphrasen, Reduktionen und Kategorien	47
Tabelle 4: Erstellen des Kodierleitfadens	48
Tabelle 5: Datensatz A: Einschränkungen	49
Tabelle 6: Datensatz B: Neue Möglichkeiten	50