

## „Ein Tagebuch, das antwortet...“

Einführung in die US-amerikanische Debatte über Online-Therapie

Sabine Bobert-Stützel, Kiel

Abstract: Es wird in die Geschichte, gegenwärtige Trends und Streitpunkte zwischen US-amerikanischen Vertretern der Online-Therapie und -Beratung und den psychologischen Berufsverbänden eingeführt. Dabei steht die Frage nach dem therapeutischen Potenzial der einschlägigen derzeitigen Angebote im Vordergrund sowie Theoriemodelle und Empfehlungen für die Praxis. Ergebnis: Derzeit wird 'e-therapy' ihrem Namensteil 'therapy' noch nicht gerecht, birgt aber therapeutisches Potenzial in sich, wobei es auf das genaue Beachten von Rahmenbedingungen ankommt. Empirie und Theorie sind noch genauer zu untersuchen. 'E-therapy' ist dennoch bereits auf dem US-Psychomarkt ein ernstzunehmendes zusätzliches Marktsegment mit einer gewinnträchtigen Zukunft.

### *1. Eine Dame auf Reisen – oder: Wie alles anfing...*

Die New Yorkerin Martha Ainsworth wurde auf eine Dienstreise nach Europa geschickt. Die Reise sollte mehrere Wochen dauern, traf Martha Ainsworth mitten in einer trennungsbelasteten Lebensphase, und obendrein mußte sie ihre Psychotherapie jetzt abbrechen. Die pragmatische Dame, die bereits seit 1982 mit der Internet-Technik arbeitete, suchte online Ersatz. „Einfach so zur Streßbewältigung und Persönlichkeitsbildung.“ „Es war eine Art Tagebuch, nur daß das Tagebuch eben antwortete.“ In jener Anfangszeit um 1996 „bekam man auf manche E-Mails nicht einmal eine Antwort. Einige Anbieter blieben anonym, man konnte nicht prüfen, wer dahinter steckte und welche Referenzen diese Person hatte“. Im November 1995, als Ainsworth ihre Suche startete, praktizierten 12 Therapeuten über Internet.

Doch zurück zu den Anfängen. Bemühungen um E-Therapy gibt es in dem netzförmigen Kommunikationsgebilde Internet fast seit dessen Anfängen. Das therapeutische Potential scheint jeder Möglichkeit von Kommunikation innezuwohnen. Als eine der ersten US-amerikanischen Anwendungen von Psychotherapie gilt die Sitzung, die zwischen den Computern von Stanford und UCLA im Oktober 1972 vermittelt wurde. Der Boom begann mit den

Selbsthilfegruppen, die sich hier auf völlig neue Weise vernetzen konnten. Sie erwiesen, daß man hier offenkundig auch über sensible persönliche Probleme gewinnbringend kommunizieren konnte. Die ersten PCs kamen in den USA um 1976 auf den Markt. Bald darauf wurde Software für lokale Computer Bulletin Board Systeme (BBS) entwickelt. Wahrscheinlich sammelten sich hierum schon erste Selbsthilfe-Initiativen. 1979 erschlossen erste nationale Online-Anbieter (wie „Compuserve“ und „Source“) der breiten Öffentlichkeit den Internet-Zugang. Martha Ainsworth gründete 1982 ihre erste Online-Selbsthilfegruppe.

a) *Erste Anfänge:* Die allerersten Anfänge professioneller E-Therapy liegen auch im amerikanischen Raum im Dunkeln. Es läßt sich vermuten, daß Seelenprofis aufgrund ihrer Online-Werbung für ihre Offline-Praxis zunehmend Anfragen via E-Mail erhielten und diesen neuen Marktbereich schließlich professionell für sich erschlossen. Ainsworth verweist als frühesten bekannten organisierten psychologischen Hilfsdienst auf „Ask Uncle Ezra“ von 1986. „Ezra“ ist ein gratis Dienst für Studenten an der Cornell Universität in Ithaca, NY (noch online unter <http://cuinfo.cornell.edu/Dialogs/EZRA/>). „Ezra“ verweist hierbei auf den Gründer der Universität. Der Service wurde von Jerry Feist, dem damaligen „Director of Psychological Services“, und Steve Worona gegründet.<sup>1</sup>

1993 begann Ivan Goldberg, via Internet Fragen zu Depression zu beantworten und auf seiner Webseite „Depression Central“ die Antworten online zu dokumentieren (<http://www.psycom.net/depression.central.html>). Ferner begleitete er unoffiziell die Online-Selbsthilfe-Gruppe „Walkers in Darkness“, etwa indem er Fragen über Medikamente beantwortete.

Seit 1994 ist, allerdings in Großbritannien, die Laienorganisation der Samaritaner („The Samaritans“, <http://www.samaritans.org.uk>) online, genauer: ihr Zweig Gloucester. Hierbei handelt es sich um geschulte ehrenamtliche Krisenberater, die per Email antworten. Der Dienst ist anonym und gratis. Dieser Hilfsdienst für Krisen- und Suizidberatung hat sich

---

<sup>1</sup> Vgl. zum Folgenden <http://www.metanoia.org/imhs/history.htm>, Zugang: 09/01. - Zu ersten deutschsprachigen Versuchen vgl. meinen Aufsatz:

außerordentlich bewährt. 1999 erhielten die Samaritaner 25.000 Mails. Inzwischen wurde der Hilfsdienst auf 21 Beratungsstellen online ausgebaut und findet sich inzwischen auch in Hongkong und Perth.

1995 begannen dann die bis heute namhaft die Szene mitprägenden professionellen Therapeuten John Grohol, David Sommers und Leonhard Holmes mit online-Beratung. Gleichzeitig begann die Phase kommerzieller Beratung bzw. Therapie. *John Grohol, Psy. D.*, bietet seit 1995 einmal pro Woche gratis einen Chat in „Helphorizons“ zu Fragen seelischer Gesundheit an ([http://www.helphorizons.com/events/grohol\\_chat.asp](http://www.helphorizons.com/events/grohol_chat.asp)). Inzwischen ist Grohol zum Direktor der E-Klinik HelpHorizons.com aufgestiegen, die er mitgegründet hat (<http://www.helphorizons.com>, mit über 300 dort ‚niedergelassenen‘ TherapeutInnen). *Leonard Holmes, Ph.D.* geht in die Geschichtsschreibung als der erste kommerzielle Online-Therapeut ein. Er begann mit „Shareware Psychological Consultation“ (<http://www.leonhardholmes.com>, offline) die Beantwortung von Mails auf einer „pay-if-it-helps“-Basis. Als Anlaß zu diesem kommerziellen Dienst verweist Holmes auf die zahlreichen Mails mit Hilfsanfragen, die ihn aufgrund seines Webauftritts (Werbung für Praxis Offline) erreichten und deren Beantwortung bald soviel Zeit kostete, daß er diese Arbeit als Nebenerwerb umstrukturierte. Seit dem Herbst 1995 betrieb Grohol auch die beiden Webseiten „Help Net“ und „Shrink Line“ („Shrink“ als umgangssprachliche amerikanische Bezeichnung für Therapeuten) für kommerziellen E-Mail-Rat. Beide Seiten sind inzwischen offline.

*David Sommers, Ph.D.*, gilt neben Holmes als weiterer Pionier der kommerziellen E-Therapeuten-Szene, insofern er nicht nur wie Holmes auf einzelne Mails reagieren wollte. Sondern ihm ging es um die Frage möglicher therapeutischer Langzeit-Beziehungen ausschließlich via Internet (<http://www.tidalwave.net/~davids>, inzwischen offline). Er praktizierte auf kommerzieller Basis zwischen 1995 und 1998 mit über 300 Personen in seiner „Mental Health Cyber-Clinic“. Hierbei experimentierte er mit verschiedenen Settings von verschlüsselter E-Mail bis zu Chat und Videokonferenz. Entgegen

seiner Absicht blieb es meist beim einmaligen Kontakt (75%). Bei längerwährenden Kontakten befanden sich 50% gleichzeitig außerhalb des Netzes in Therapie, und 70% hatten vorher schon Therapieerfahrungen.

Als erster Chat-Therapeut ist *Ed Neeham, M.S.*, mit seinem Dienst „Cyberpsych“ (<http://www.win.net/cyberpsych>, noch online) zu nennen. Von August 1995 bis 1998 arbeitete er mit 44 Klienten rein über Chat.

*b) Zahlenmäßige Entwicklung:* Der Markt boomt, trotz erheblicher professionell bedingter Probleme (s.u.). Die Zahlen im einzelnen:<sup>2</sup> <<als Tabelle setzbar?>>

November 1995: 12 Webseiten verschiedener Online-Therapeuten; November 1996: 52 Online-Therapeuten; November 1997: 108 Online-Therapeuten und die erste E-Klinik, in der sich 150 weitere E-Therapeuten virtuell 'niedergelassen' haben. November 1998: 160 Online-Therapeuten sowie die o.g. E-Klinik mit 150 Therapeuten. November 1999: 200 Online-Therapeuten und die o.g. E-Klinik mit ihren 150 Therapeuten. November 2000: 250 Online-Therapeuten sowie 3 E-Kliniken mit zusammengerechnet 300 hierin arbeitenden Therapeuten. April 2001: 300 Online-Therapeuten sowie die 3 E-Kliniken mit inzwischen zusammengerechnet 500 hier niedergelassenen Therapeuten.

*c) Neueste Trends:* Wie die Zahlen erweisen, stellen große „e-clinics“<sup>3</sup> den neuesten Trend dar. Sie bieten zum umstrittenen Aspekt 'Sicherheit' bankensicher geschützte Kommunikationswege (web-based messaging oder Verschlüsselung durch PGP oder S/MIME) und stellen eine Vielfalt technischer und damit auch therapeutischer Settings zur Verfügung. Neben Email und Chat zählen hierzu, mit zunehmender Bandbreite des Internet, Videokonferenz und Voice-over-IP (= Internet Phone). Gegen eine geringe Gebühr können Therapeuten sich hier nach einem Screening ihrer Qualifikationen aufnehmen

---

methodischen Fragen ist geplant.

<sup>2</sup> Zahlen nach: Martha Ainsworth, <http://www.metanoia.org/imhs/interview.htm>. Die Zahlen nennen eine Untergrenze (via Suchmaschinen und Einzelhinweise erstellt). Exakte Zahlen lassen sich im Internet nicht ermitteln.

<sup>3</sup> Vgl. Kurzbeschreibungen und Evaluation bei Martha Ainsworth, <http://www.metanoia.org/imhs/clinics.htm>

lassen. Neben der genannten Software sind ferner das Abrechnungssystem per Kreditkarte und die aktive Vermarktung attraktiv für sie. Klienten haben den Vorteil, aus einer langen Reihe von gescreenten TherapeutInnen nach verschiedenen Kriterien auswählen zu können, neben dem Service von Selbsthilfe-Informationen und Selbsthilfe-Gruppen für Mitglieder. Beispiele solcher E-Kliniken sind: Helphorizons (<http://www.helphorizons.com>, über 300 TherapeutInnen), eTherapy.com (<http://www.etherapy.com>, über 240 TherapeutInnen) und Here2Listen (<http://www.here2listen.com>, über 150 TherapeutInnen), in deren Beirat namhafte Psychologieprofessoren wie Philip G. Zimbardo von Stanford University sitzen.

Diesem Hightech-Trend der E-Clinics zum Trotz werden viele Klienten wahrscheinlich die relative Anonymität textbasierter Web-Kommunikation bevorzugen und damit an althergebrachten Standards wie E-Mail oder Chat festhalten. Da die Bandbreite auf sich warten läßt, bietet die noch ruckelige und grobpixelige Videotechnik im Briefmarkenformat (besonders im 56-K-Modem-Modus!) zunächst weiterhin den Schutz visueller Anonymität :o))

*d) Streitpunkte zwischen Berufsverbänden und E-Markt-Vertretern:* Die Vorstöße der Internet-Pioniere nötigen die Berufsverbände zu Reaktionen. Streitpunkte bilden dabei insbesondere ethische Fragen sowie Fragen der Qualitätssicherung. Die Verbände bleiben vorsichtig bis ablehnend und wollen empirische Untersuchungen abwarten. Als Probleme werden wiederholt genannt:

- unklarer gesetzlicher Rahmen: Ob US-Therapeuten via Internet außerhalb der Grenzen ihres Bundesstaates überhaupt behandeln dürfen – arbeiten sie dort faktisch ohne Lizenz?
- Versicherungspolitik: Decken Versicherungen Behandlungen und Behandlungsfehler (malpractice)? Durch Möglichkeiten von Drittfinanzierung werden entscheidende Weichen für den Online-Markt gestellt werden.
- Sicherung der Vertraulichkeit: In der technischen Übertragung, seitens des Therapeuten, seitens des Klienten, und gegenüber gesetzlichen Aussagepflichten.

- Sicherung der Identitäten/Ausbildung von Therapeut/Berater und Patient.
- Krisenmanagement.
- Kanalreduktionsthese (Fortfall visueller und akustischer Informationen) vs. hinreichende Bandbreite an Informationen zur Diagnose-Stellung und Patienteneinschätzung (außer bei Videokonferenz).

Das "National Board for Certified Counsellors, Inc." (NBCC) sieht hierin hinreichende Gründe, um von einer Therapie oder Beratung via Internet in seinen "Standards for the Ethical Practice of WebCounseling" (September 1997) abzuraten.<sup>4</sup> Aufgrund mangelnder empirischer Studien zu therapeutischen Erfolgen oder Schäden wird dem NBCC jedoch vorgeworfen, voreilig gehandelt zu haben. Auch die „Clinical Social Work Federation“ (CSWF) bezieht in ihrem „CSWF Position Paper on Internet Text-Based Therapy“ von 2001 eine ablehnende Position.<sup>5</sup>

Die American Psychological Association (APA) verhält sich eher moderat-abwartend. Sie veröffentlichte 1995 (update: November 1997) ein kurzes Statement ihrer Ethik-Kommission und hat eine kleine Broschüre zum Thema herausgegeben.<sup>6</sup> Im übrigen räumt sie auf ihren Jahrestagungen auch den radikalen Befürwortern Diskussionsraum ein. So fand auf der 108. APA-Convention in Washington DC im August 2000 ein Symposium über „The Nature of Online Therapy and Communication“ (mit John Grohol, John Suler, Storm A. King und Yvette Colon) statt, und im August 2001 in San Francisco ein Symposium zu „2001: A Cyberspace Odyssey: Psychology in the 21st Century: Integrating the Internet into our 21<sup>st</sup> Century Lives“.<sup>7</sup>

Die Enthusiasten und Pioniere der E-Therapy haben sich 1997 in der *International Society for Mental Health Online (ISMHO)* organisiert. Die ISMHO will eine Non-Profit-Organisation von und für Professionelle und Konsumenten

---

<sup>4</sup> <http://www.nbcc.org/ethics/wcstandards.htm>

<sup>5</sup> <http://www.cswf.org/therapy.html>. Vgl. die Reaktion des amtierenden ISMHO-Präsidenten M. Fenichel in seinem Gegenpapier vom 24. Juli 2001 unter <http://www.ismho.org/issues/cswf.htm>

<sup>6</sup> Vgl. <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>. Vgl. die APA-Broschüre „Common sense ways to protect your privacy and assess online mental health information“ auf: <http://helping.apa.org/forms/brochure.cfm>. - Noch liegt keine Stellungnahme seitens der American Psychiatric Association vor.

<sup>7</sup> Vgl. <http://www.fenichel.com/ismhopanel-f.shtml> und <http://www.psychservices.com/apacon2001.shtml>

sein (<http://www.ismho.org/>). Ehemalige Präsidenten der Vereinigung sind John Grohol (Gründungspräsident), Storm A. King und Craig Childress; Michael Fenichel ist derzeit amtierend; Martha Ainsworth ist 'president-elect'. Ainsworth hat darüber hinaus den online-Verbraucherschutz „Metanoia“ ins Leben gerufen: Webseiten, die umfassend über e-therapy, Therapeuten und Kliniken informieren (<http://www.metanoia.org/imhs>).

## 2. Warum E-Therapy keine Therapie sein kann, aber therapeutisch wirkt

Es ist klar, daß die Debatte über E-Therapy und E-Counselling nicht durch einfache Pro- und Contra-Positionen entschieden werden kann. Es sprechen ebenso zahlreiche Gründe dafür wie dagegen. Und sachkundige wie sachkundige Gegner verfügen über keine legislativen Mittel, professionellen Enthusiasten oder E-Scharlatanen das Praktizieren via Internet zu verbieten. Es findet statt. Zahlreichen anekdotischen Evidenzen zufolge scheint es auch – zumindest in gewissem Rahmen – zu funktionieren. Daher soll dieser „gewisse Rahmen“ im Folgenden näher betrachtet werden.

‘e-therapy’ wurde als Fachbegriff von John Grohol geprägt (Fenichel prägte den Ausdruck „Internet-facilitated psychotherapy“). In Grohols Terminus sind bereits alle weiteren Probleme beschlossen. Denn es ist hierin von „Therapie“ die Rede. Zugleich betonen jedoch selbst die Enthusiasten wieder und wieder: E-Therapy sei keine Therapie. Exemplarisch sei Martha Ainsworth zitiert: „E-therapy is *not* psychotherapy. E-therapy should not be compared to psychotherapy. E-therapy is not a *substitute* for psychotherapy. If you can visit a therapist in person, you should. But if you can't visit a therapist's office, e-therapy can be a helpful and effective alternative in certain situations.”<sup>8</sup> Es wird auch nicht davon ausgegangen, daß E-Therapy offline-Settings ablösen könnte. Als Kompromißformel haben sich die Vertreterinnen und Vertreter von E-Therapy und E-Counseling darauf geeinigt, E-Therapy sei keine Therapie, aber *dennoch therapeutisch*. Ainsworth: „But just because it's not full-blown

---

<sup>8</sup> <http://www.metanoia.org/imhs/interview.htm>

psychotherapy doesn't mean it's not helpful." (<http://cbsnews.com/now/story/0,1597,174168-412,00.shtml>)

Doch unter welchen Bedingungen gilt diese Behauptung? Auch die E-Therapeuten sind, gerade angesichts der zahlreichen Kritiker aus dem eigenen Berufsstand, um Qualitätssicherung von Mental-Online-Health-Angeboten besorgt. Aus diesem Grunde hat die International Society for Mental Health Online (ISMHO) im Herbst 1999 eine *Klinische Fallstudien-Gruppe* („Millenium Group“ genannt) ins Leben gerufen, die sich per per Mailingliste austauscht. Ihr gehören 16 Online-Therapeutinnen und –Therapeuten an, Suler und Fenichel leiten die Gruppe (vgl. als ersten ausführlichen Bericht: <http://www.fenichel.com/OnlineCase.html>). Die ISMHO hat inzwischen gleichfalls konkrete Empfehlungen für Online-Praktiker veröffentlicht, die als Vorlage für das Gespräch mit der American Psychiatric Association sowie der American Psychological Association gedient haben (<http://www.ismho.org./suggestions.html>).

### *Praxisorientierte Empfehlungen und Überlegungen*

Als Zwischenstand konkreter Überlegungen und Empfehlungen zur Online-Praxis läßt sich folgendes festhalten:

1) *Technisch vorgeformte Settings*: Im US-amerikanischen Raum werden meist vier verschiedene Settings diskutiert: E-Mail, Chat, Web-based messaging, Video-conferencing. Insgesamt bleibt zu bedenken, daß der Patient gerade von einem Medium, das er nicht bevorzugt, am meisten profitieren könnte (bzw. auch von einer Kombination verschiedener Kommunikationsformen). Empfohlen wird, verschiedene Fähigkeiten des Patienten im Umgang mit verschiedenen technischen Settings eingangs zu prüfen.

*E-mail* hat die größte Verbreitung, da jede Person mit Netzanschluß über einen Email-Account verfügt. Mailen erfordert nur geringe Vorkenntnisse. Es verläuft asynchron und läßt insofern viel Zwischenzeit zur Introspektion. Es ist vom Setting her für beide Seiten praktisch, da man nicht gleichzeitig eingeloggt sein muß. E-Mail wird allerdings pars pro toto unter dem Aspekt der



nicht sichergestellten Vertraulichkeit diskutiert. Ferner wird unter berufsethischen Gesichtspunkten diskutiert, was mit den abgespeicherten Texten auf beiden (!) Seiten passiert. Auch für Therapeuten erscheint es als bedrohlich, wenn der Klient über die gesamte Korrespondenz frei verfügen kann (z.B. unter dem Aspekt rechtlicher Forderungen). Ferner ist bei Unsicherheit durch verschrifteten Austausch nicht nur an ominöse Hacker zu denken, sondern an betrieblich oder familiär geteilte Mail-Konten. Die Verschlüsselung von Mails erfordert einige Vorkenntnisse und wird faktisch so gut wie gar nicht durch Klienten erwogen oder eingesetzt.

*Chat* wird zwar gleichfalls als Form des Settings angeboten, jedoch weitaus weniger genutzt. Hierbei mag die rigidere Verabredungsform zum synchronen Austausch eine Rolle spielen. Ferner sind beiderseits relativ gute Tippkenntnisse angebracht. Auch Chatprotokolle stellen ein Sicherheitsproblem dar. Der Systemadministrator kann sie einsehen oder anderweitig zur Verfügung stellen. Die Sicherheit kann durch Instant Messenger Application oder einen privaten Chat-Room eines vertrauenswürdigen Systems gesteigert werden.

*Web-based Messaging* wird z.B. seitens der großen E-Kliniken favorisiert. Es wird wahrscheinlich im Laufe der nächsten Jahre zu einer Standardform des Settings avancieren, da es unter berufsethischem Gesichtspunkt eine bankenähnliche Sicherheit der Kommunikation gewährt. Faktisch funktioniert es (über Mailformulare im Netz) ähnlich wie E-Mail, nur daß es halt banksicher ist. Weder Therapeut noch Klient müssen sich hier fürderhin mit Verschlüsselungsproblemen herumschlagen.

*Video Conferencing* ist derzeit die technisch teuerste und technisch unbefriedigendste Option an therapeutischen Settings. Einige der E-Kliniken bieten es zwar an, während einzelne Therapeuten es sich kaum leisten könnten. Rein theoretisch scheint Video - nach der Sicherheitsfrage - einen großen Rest der sonstigen Settingprobleme zu lösen: Es übermittelt akustische und visuelle Kommunikationssignale und erlöst vom Zwang zur Verschriftung bzw. von der totalen Exegese (und damit vielen Mißverständnissen durch Eisegese ☺). Die Ergebnisse sind derzeit jedoch frustrierend und dürften damit ein Zusätzliches an seelischer Frustration schaffen: Die Bilder sind

briefmarkenklein, Gesichter zerstreuen mitunter im Pixelsturm bzw. zerfallen in sich ruckelig bewegende Blöcke, und die Formate zwischen Therapeut und Klient sind mitunter noch weniger kompatibel als ihre Temperamente. Zumindest müßte der Patient über eine Webcam verfügen und sich während des Settings vor ihr wohlfühlen. Differenzen zwischen dem Sitzen im selben Zimmer und dem Getrennsitzen vor zwei Computern bleiben weiterhin zu reflektieren.

2) *Fähigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten:* Vom Therapeuten bzw. von der Therapeutin wird im Netz medientherapeutische Kompetenz gefordert, d.h.: zusätzlich zu den klinischen Kompetenzen kommen technische sowie CMC-spezifische kommunikative Kompetenzen. Insofern werden künftig spezifische Schulungen für diesen Bereich zu erwarten und wohl auch nachzuweisen sein. Als lowest level gehört beim derzeitigen technischen Stand hierzu unbedingt die Fähigkeit, effizient tippen zu können und sich unter den Bedingungen schriftlicher Verknappung pointiert ausdrücken zu können. Ferner gehört hierzu hinreichend Erfahrung darin, wie sich die medienspezifische Kanalreduktion qua Netzkommunikation ausgleichen läßt. Da im Online-Kontakt häufiger Mißverständnisse auftreten (alle nonverbalen Signale, einschließlich der therapeutischen 'hms' müssen hier reflektiert verbalisiert werden, neben therapeutisches Schweigen treten technisch bedingte Schweigeformen hinzu, etc.), wird der Therapeut/die Therapeutin Online noch häufiger als Offline Mißverständnisse zu bearbeiten haben.

Zwischen Herausforderung und Überforderung wird die Phase von Erstinterviews und Diagnose diskutiert, um überhaupt therapeutisch angemessen vorgehen zu können. Das ISMHO-Papier der Fallgruppe setzt auf Online-Tests als Ergänzung zum Eingangsinterview. Andernorts wird häufig empfohlen, möglichst verschiedene Settingformen miteinander kombinieren, und am besten doch vom f2f-Kontakt auszugehen oder zumindest eingangs einen Telefonkontakt einzubauen.

3) *Einflüsse differierender Patienten:* Weitaus mehr als zur Therapeuten-Eignung bzw. -Qualifikation ist bislang über die Patienten-Eignung diskutiert

worden.<sup>9</sup> Im Vordergrund steht dabei die Frage des Krisenmanagements, neben der Frage wie mit relativer Anonymität umgegangen werden kann.

- Wie *hilfsbedürftig und suizidgefährdet* ist der Patient? Wenn der Patient vermutlich sich und/oder andere gefährden wird – wie kann interveniert werden und wie ist Hilfe von dritter Seite zu organisieren, zumal wenn der Patient in einem ganz anderen US-Staat oder gar in einem anderen Land lebt? Fast in allen Statements wird von suizidgefährdeten und zu hilfsbedürftigen Personen (volle bzw. zeitweise Einweisung in eine Klinik nötig, etwa bei Schizophrenie oder Borderline) abgeraten. Das ISMHO-Papier der Fallstudiengruppe rät: „As a rule of thumb, severe pathology and risky behaviors – such as lethally suicidal conditions – may not be appropriate for online work.“ Gleichfalls seien schwache Realitätsbezüge und starke Übertragungsreaktionen schwer in reiner Textkommunikation zu bearbeiten. Sie würden sich online zu destruktiv auswirken. U.a. deswegen seien z.B. Borderline-Patienten nicht geeignet. Schon offline neigen sie zu Grenzüberschreitungen im Setting. Der Hang zum Ausagieren würde in einem an sich relativ unstrukturierten E-Mail-Setting nur schwer kontrollierbar sein.

Gerade die Strukturlosigkeit im Netz mag solche Leute jedoch anziehen. Daher rät das ISMHO-Papier in solchen Fällen zu strikten Grenzziehungen: „The clinician may need to set very clear rules about when, where and how therapy takes place. The structure offered by online therapy may attract people who experience problems with impulsivity, internal emptiness, splitting, and aggression which otherwise get acted out in the comparatively unstructured social world of cyberspace.“

- Patienten sollten *Freude am Schreiben* haben bzw. sich dabei zumindest wohlfühlen können. Neben kognitiven gehören hierzu auch Tippfähigkeiten. Allgemeiner ist zu fragen: Was bedeuten dieser Person Lesen und Schreiben? Welche Erfahrungen verbindet sie damit? Welche Bedürfnisse erfüllt sie dadurch? Das Verschriftete sollte mit Verhalten im spontanen Kontakt (Telefon und f2f) verglichen werden. – Bei Lese- bzw. Schreibproblemen empfiehlt sich

---

<sup>9</sup> Vgl. u.a. das ISMHO-Papier „Assessing a Person’s Suitability for Online Therapy“ unter <http://ismho.org/casestudy/ccsgas.htm>. Es ist von der Clinical Case Study Group verfaßt worden.

ein Wechsel hin zu Video-conferencing. - Als Eingangstest zum Setting empfiehlt sich eine kleine Schreibübung im gewählten technischen Rahmen (z.B. eine kurze Lebensgeschichte, eine Beschreibung einer problembehafteten Szene, ein Essay über ein Familienmitglied).

- Bisherige Therapieerfahrungen: Hieraus resultieren bestimmte Erwartungen auch gegenüber online-Angeboten. Dies kann in Konflikt mit den hier zur Verfügung stehenden Kommunikationswegen geraten (Fragen nach gewohntem Interventionsstil, Dauer, Zielen, Ergebnissen). Ist die Person gleichzeitig in Therapie? Dann sollte vom zusätzlichen Online-Kontakt abgeraten werden (keine Substitution, keine gleichzeitige Ergänzung).

- Patienten sollten zur Therapie und zur Selbstmitteilung motiviert sein. Natürlich bilden Verschweigen und Widerstand auch eine wichtige Komponente im f2f-Setting. Doch im Internet-Setting kann dies schnell kontraproduktiv werden.

- Bei sehr komplexen Problemen stellen e-therapeutische Settings nur die erstbeste Lösungsform dar. Langfristig sollte eine offline-Therapie angesteuert werden.

- Das ISMHO-Papier der Fallstudiengruppe gibt ferner *Fragen zu bisherigen Online-Beziehungen* zu bedenken:

„-What is the person’s lifestyle in cyberspace?

- What experience does the person have with communicating online?

- If the person has online relationships or belongs to online groups, what have these social activities been like?

- In what settings did these relationships develop and for how long?

- What other activities does the person pursue online, and what is his/her attitude about life in cyberspace?“<sup>10</sup>

- Gegenüber Konkurrenz-Bedenken scheint es eher so, als wird gegenüber den bislang ´klinisch relevanten Fällen´ ein *zusätzliches Marktsegment* durch E-Therapy erschlossen. Hierauf verweist beispielsweise die wiederholt von den Pionieren vorgebrachte Argument vom „Surgeon General’s Report on Mental Health“ (1999), welcher konstatiert: Einer von fünf Amerikanern sei ein seelisch diagnostizierbarer Problemfall, doch zwei Drittel davon suchten niemals eine Behandlung dafür. Gründe dafür seien zum einen die soziale Stigmatisierung,

<sup>10</sup> <http://ismho.org/casestudy/ccgas.htm>, Punkt 3.

zum anderen ein schwer durchschaubarer Markt, ferner lokale Abgeschiedenheit, mangelnde lokale oder zeitliche Flexibilität. Zwei Drittel liegen also noch brach für E-Therapy! Das Internet könnte darüber hinaus noch ein weiteres Marktsegment erschließen: die Einsteiger in den Psychomarkt, und an Kurztherapie oder Kurzzeit-Hilfe Interessierte – also ‘Normalos’. In den Worten der ISMHO: „The Internet may be an appropriate medium for treating persons with non-clinical problems who may nevertheless benefit from psychological consultation. Many persons with ‘normal-range’ issues [Herv. SB] might benefit from psychological consultation but may never present to the traditional mental health system due to the social stigma, cost, and inconvenience of seeking professional consultation.”<sup>11</sup>

Kimberly Young, Executive director des Center for Online Addiction verweist darüberhinaus auf die Ironie, daß das Internet sich natürlich hervorragend zur *Behandlung Internet-verursachter Krankheitsbilder* (wie Internet addiction, Probleme mit Online-Beziehungen) eigne.

### Fallvignetten

*Fall 1:* Die eingangs beschriebene Martha Ainsworth hatte mehrere Trennungserlebnisse zu verkraften und mußte obendrein nach Europa reisen. Sie hätte gern offline einen englischsprechenden Therapeuten aufgesucht und löste nun ihr zusätzliches Trennungsproblem online. Diese therapeutische Beziehung wurde zum wesentlichen Motiv für sie, um für die Sache der Online-Therapie zu ‘missionieren’ und Verbraucherschutz zur Qualitätssicherung zu betreiben. Ainsworth war ihrem Therapeuten in den zwei Jahren des E-Mail-Wechsels nie f2f begegnet, sondern erst danach. „I would compare it to keeping a journal in that every day when I wrote him an e-mail I explored my thoughts and feelings in great depth. But usually when you keep a journal it doesn’t talk back to you. He challenged me. The fact that we communicated by e-mail, I think, made me feel like he was inside my head and present in my life.”<sup>12</sup> Ihr Fazit lautet: “It is the relationship between you that heals. It is quite clear that it is possible to form deep and meaningful relationships even on the basis of text-based correspondence.”<sup>13</sup> Gegenüber der therapeutischen Allianz sei die therapeutische Technik als Heilungsfaktor sekundär. „It was probably one of the most significant and powerful relationships I have ever had.”

*Fall 2:* Joan Maricle aus Corpus Christi, Texas, Mitte 40, fühlte sich tief deprimiert.<sup>14</sup> Sie hatte bereits offline Therapieerfahrungen. Aber jetzt wußte sie nicht einmal, wie sie diese künftig

<sup>11</sup> Craig Childress [ehemaliger ISMHO-Präsident], Potential Risks and Benefits of Online Psychotherapeutic Interventions (1998), <http://www.ismho.org/issues/9801.htm>

<sup>12</sup> Donna Walker, Online Therapy? Not Yet, in: CBS News, 2000, <http://cbsnews.com/now/story/0,1597,174168-412,00.shtml>

<sup>13</sup> <http://www.metanoia.org/imhs/interview.htm>

<sup>14</sup> Margie Wylie, Mental Health Therapy Online Holds Promise, Dangers (2000), <http://www.newshouse.com/archive/story1a082500.html>

erneut würde finanzieren können. Sie setzte sich vor den Rechner und tippte „therapy“ in eine Suchmaschine. So traf sie online mit Peter Cechele, einem für Californien zugelassenen Ehe- und Familientherapeuten (zugleich Mitglied der ISMHO) zusammen (vgl. <http://www.cybertherapy.com>, seit 1997 online). Der Kontakt verlief ausschließlich über e-mail und einige Telefon-Sitzungen und erstreckte sich über 10 Monate. Maricle empfand diesen Umgang miteinander als wesentlich einfacher als die Anpassung an eine zeitlich feste Setting-Struktur. „It was just wonderful to give him a scenario when it was going on at the time I was feeling it. I didn't have to wait until my 3 o'clock appointment on Thursday. I could go ahead and write it right then.“ Die niedrigeren Kosten halfen ihr dabei, sich nun eher auf die therapeutische Beziehung zu konzentrieren statt auf die finanziellen Zusatzsorgen. „If I started therapy again, I was looking at \$ 75 to \$150 per hour. I couldn't afford it. It's hard to concentrate when all you can think is, 'How am I going to pay for this?'“ Cechele fordert 150 Dollar als Festpreis pro Monat für eine unlimitierte Anzahl von E-Mail-Antworten. Für 1,60 Dollar pro Minute bietet er Chat- oder Telefonkontakt an (mit einem 45-Minuten Minimum-Satz). Verglichen damit, verlangt er für eine Sitzung in seiner Praxis 85 Dollar. Zum Suizidproblem meint Cechele, daß er auch durch sorgfältigstes Screening nicht verhindern könne, daß seine Online-Patienten von Zeit zu Zeit suizidal würden. Dann verhält er sich wie im Kontakt mit seinen offline-Patienten: Er zeigt sich verfügbarer, schließt Kontrakte mit den Patienten: Sie sollen versprechen, weder sich noch andere zu gefährden. Er ermutigt sie, ihr soziales Netz zu nutzen und Hilfsquellen vor Ort anzusteuern. Sollte dies noch unzureichend sein, so verweist er den Patienten an einen anderen Experten.

*Fall 3:* Karen Pereyas Liebesbeziehung war vor ein paar Monaten in die Brüche gegangen.<sup>15</sup> Der 32jährigen Marketing-Managerin aus Nord-Californien fiel es schwer, sich auf ihre Arbeit zu konzentrieren, und sie fühlte sich reif für seelische Unterstützung, und dies möglichst sofort. „I was getting distracted at work because I was thinking about the issues I was having. I wanted to get a resolution as quickly as I could and that's what I got.“ Sie fand ihre Therapeutin über die E-Klinik Here2listen.com. Eigentlich hätte Pereya f2f-Beziehungen bevorzugt. Aber in diesem Falle empfand sie die relative Anonymität im (gesicherten) Chat-Raum als fördernd. „... doing it over the Internet removes all the anxiety of the meeting.“ „It's easier to launch into whatever issue you're having and not have to deal with getting to know [the therapist] in person. After a minute or two we kind of had a rapport. We approached it as 'What's the problem?' and then worked back from there. She helped me identify why I was having the issue I was having. She also recommended some reading, which I did.“ „It works well and it's nice because it's immediate. You get help when you're at the peak of wanting it. You don't have to drive anywhere or take time off from work. And it's very private.“ Die bei Here2listen verzeichneten Therapeuten verlangen zwischen 20 bis 80 Dollar pro 30 Minuten im Chat. Manche Therapeuten bieten eine monatliche Flat-Rate für Mails, andere berechnen pro Mail. (Krankenversicherungen zahlen noch nicht für online-Beratung. Die meisten Patienten zahlen per Kreditkarte.)

## Theoriemodelle

1) J. Polauf (1996-99; 1998) schlägt vor, Internet-Beratung im Rahmen von *Kriseninterventionstheorie* zu verstehen, als „e-mail based crisis intervention“.<sup>16</sup>

Krisenintervention versteht er als "a process for actively influencing

<sup>15</sup> Connie Lauerma, Virtual Reality-Testing (2000), <http://www.metanoia.org/imhs/chicago.htm>

<sup>16</sup> J. Polauf, E-mail as a Modality for Crisis Intervention (1996-1999), <http://telehealth.net/telehealth/email.html> [offline]. Ders. (1998), Psychotherapy on the internet, theory & technique, <http://nyreferrals.com/psychotherapy> [offline]. - Ferner werden die solution-focused therapy (deShazer, 1988) und der task-centered approach (Reid, 1992) diskutiert.

psychosocial functioning during a period of disequilibrium in order to alleviate the immediate impact of disruptive stressful events and to help mobilize the manifest and latent psychological capabilities and social resources of persons directly affected by the crisis" (nach Parad & Parad, 1990). E-Mail passt hierzu: mit ihrem leichten Zugang, als rasche Antwort, schnell wirksam, abzielend auf die Rückkehr des Einzelnen zur Funktionsfähigkeit vor der Krise. Es handele sich um eine Beratung mit konkreten Zielen in begrenzter Zeit und möglicherweise auch mit Aufgaben zur Problemlösung (die per email angeleitet sein können). Nach Erhalten der E-Mail soll der Therapeut das Problem erkunden und in kognitiven Begriffen reframe, dadurch Hoffnung stimulieren, Ängste reduzieren, Vertrauen aufbauen, Reflexionsraum schaffen, damit sich der Klient angehört und verstanden fühlt. Bald darauf sollten konkrete und lösbare Ziele formuliert und miteinander vereinbart werden, um die Autonomie des Klienten und sein Gefühl für eigene Kompetenzen zu fördern. Hiermit sollten Symptomreduktion, Wiedererlangen von Fähigkeiten, Einsicht in Stressfaktoren und ein erweitertes Repertoire an Problemlösefähigkeiten einhergehen.

2) Ferner wurde wiederholt der Ansatz *narrativer Therapie* von M. White & D. Epston (1990) aufgegriffen.<sup>17</sup> Narrative Therapie basiert auf einer Interpretationstheorie und konzentriert sich als Hauptfokus darauf, in welchen „stories“ Menschen ihre Lebenserfahrungen und Probleme formulieren. Der Therapeut soll die Interpretationsmuster dieser stories erkunden, widersprüchliche und ambivalente Erfahrungen herausstellen, damit konfrontieren und das Problem in einer Weise reframe, die zu besseren Lösungen befähigt. Veränderung geschieht, indem Menschen Lebensereignissen neue Bedeutungen zuschreiben und somit „re-author the story“ ihres Lebens. Zwar wurde die Theorie für f2f-Begegnungen konzipiert. Doch sie kann auch leicht in schriftlicher Kommunikation umgesetzt werden. Der Schreibprozess z.B. kann sehr gut zum ‘Externalisieren des Problems’ eingesetzt werden.

---

<sup>17</sup> M. White, Narrative Therapy, <http://www.massey.ac.nz/~ALock/virtual/white.htm>. Ders./D. Epston, Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton 1990. Aufgegriffen u.a. von Barak und Craig Childress.

3) Im Rahmen *psychoanalytischer Beratungs- und Therapieansätze* wird am häufigsten auf Übertragungs- und Regressionsphänomene online verwiesen. Colon (1999): "I use psychoanalytic psychotherapeutic models in my work [online]. It has been a challenge to take what I know and apply it to this other medium...[but] repetition, recollection, transference, resistance, conflict, and acting out are all there".<sup>18</sup> Der Freiraum von verbalen und visuellen Informationen wird zum Spielraum für Übertragungen und Gegenübertragungen. Er wird mit eigenen Vorerfahrungen, Phantasien, Wünschen und Ängsten gefüllt. Auf den unsichtbaren Therapeuten kann noch leichter übertragen werden.

Besonders viel hat John Suler hierüber gearbeitet, allerdings eher auf der Ebene von Vorüberlegungen.<sup>19</sup> Er schlug (1998) ein Schema mit vier Untergruppen *CMC-spezifischer Übertragungsformen* vor:

(1) "You as you, computer as parent." (2) "You as parent, computer as you." (3) "You as you, computer as wished-for parent." (4) "You as wished-for parent, computer as you."

Ad 1: Das Gegenüber wird den eigenen Eltern analog wahrgenommen, die Userin/der User erlebt sich wie in Kinderzeiten. Der Rechner wird als „seductive, as a sex object, a satisfier of desire, as a symbol of sexual power and prowess“ erlebt.

Ad 2: Die Rollen sind hier lediglich umgekehrt. Der Computer wird als Baby betrachtet, das entsprechend den eigenen Kindheitserfahrungen (oder in Opposition dazu) behandelt wird: z.B. gepflegt oder mißbraucht.

Ad 3: Die/der Einzelne projiziert alle erwünschten Eltern-Eigenschaften auf den Computer. Dies können berechenbares Verhalten, Zuverlässigkeit und Vorurteilslosigkeit sein, oder Gutsein, dialogisch, passiv, verständnisvoll sein (z.B. gegenüber erfahrenen fordernden und herrschsüchtigen Eltern).

Ad 4: Der User/die Userin wird selbst zum erwünschten Elternteil für den Rechner. Hierzu zählen z.B. eine übergroße Sorge um die 'Gesundheit' des Rechners und dessen Sicherheit, übertriebene Ängste vor Viren oder Schädigung durch Mitbenutzer, oder eine völlige Ausrichtung des Lebens auf den Rechner, sein Innenleben und seine Funktionsweisen.

Suler hat auch Thesen zu Verschriftungsformen verschiedener *Charaktere* online entwickelt.<sup>20</sup> So meint er, daß zwanghafte Klienten ihre Mitteilungen gut

<sup>18</sup> Yvette Colon, Digital Digging: group therapy online. In J. Fink: How to use computers and cyberspace in clinical practice of psychotherapy. Jason Aronson Inc: New Jersey 1999, 66-81, hier: 80f.

<sup>19</sup> Vgl. John Suler (Mai 1996), Transference among people online, <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/transference.html>. Ders. (März 1998), Mom, dad, computer: transference reactions to computers, <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/compransf.html>

<sup>20</sup> Ders. (August 1998), E-mail communication and relationships, <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/emailrel.html>



organisiert und logisch darlegen würden. Menschen mit hysterischem Einschlag würden eine dramatischere Präsentation bevorzugen, mit reichlichem Gebrauch von Spacings, Klammern und Wortspielen. Narzißtische Klienten z.B. produzierten monologische Blöcke mit endlosen langgewundenen Beschreibungen produzieren über ihre Gedanken und Gefühle.

Norman Holland (1996) formulierte 1996 das vielfach aufgenommene Konzept der „*Internet regression*“.<sup>21</sup> Das Fehlen visueller Schlüsselinformationen und die höhere Ambiguität veranlassen die Surfer, auf vertraute Handlungsformen zurückzugreifen. Holland verband die im Internet beobachteten Übertragungsformen mit dem traditionellen Triebmodell und interpretierte damit sexuell und aggressiv aufgeladene Verhaltensformen im Netz: ‘flaming’, sexuelle Belästigung, Großzügigkeit und Offenherzigkeit gegenüber Fremden.

Die viel stärkeren Übertragungen online betreffen nach Cutter (1996) auch den behandelnden Therapeuten. Seine Interventionen erhalten dadurch mehr Gewicht.<sup>22</sup> Andererseits hat Colon (1999, s.o.) auch Formen von *Widerstand* im Internet benannt. Sie begegnen z.B. in Form textlicher Aggression, in Humor, offline-Pausen, Verschweigen, oder neuen Formen des Ausagierens im Netz.

In den Kontext von Übertragungsbereitschaft online gehört auch J. B. Walthers (1996) vielzitierte Theorie des „*Hyperpersonalen*“.<sup>23</sup> CMC kann insofern „hyperpersonal“ erscheinen, als sie Dimensionen der f2f-Kommunikation überhöht. Walther spricht von einer „intensification loop“, die durch selektive Selbstdarstellung, Idealisierung und „reciprocation“ befördert wird.

Insgesamt herrscht ein *Konsens darüber, daß sich online bedeutsame Beziehungen entwickeln können*, und dies ist für jede Therapie grundlegend. Therapeutisch wertvoll sei auch das Zurückgeworfenwerden auf die innere

---

<sup>21</sup> Norman Holland (1996), The internet regression, <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/holland.html>

<sup>22</sup> Vgl. Frank Cutter (1996), Virtual Psychotherapy?, <http://www.cmhc.com/pni/pni13b.htm> [offline]

<sup>23</sup> J. B. Walther, Computer mediated communication: Impersonal, Interpersonal, and Hyperpersonal Interaction, in: Communication Research, 23 (1996), 3-43.

Welt. Hier setzen allerdings auch Probleme ein, wenn z.B. der/die Einzelne noch keine Objekt Konstanz entwickeln konnte. Darüberhinaus kann auf die ungeahnten Möglichkeiten verwiesen werden, die sich für das das Junktim von Heilen und Forschen sowie für die Supervision durch die vollständige Textdokumentation ergeben.

### 3. Ausblick auf die internationale Diskussion

In *Deutschland* existiert Online-Therapie nur in Vorstadien. Etwas bekannter geworden sind unter den Pionieren hierzulande Brigitte Schmitt (<http://www.online-therapie.de>), Volker Drewes (<http://www.beratung-therapie.de>) und Iris Netzeband (<http://www.die-couch.de>).<sup>24</sup>

*Brigitte Schmitt* hat ihr Angebot seit rund 2 Jahren online. Zuvor hatte sie viele Erfahrungen durch ihre ehrenamtliche Mitarbeit in der Online-Beratung beim „Kummernetz“ (<http://www.kummernetz.de>) gesammelt. Ob dies zu einem kommerziellen Angebot einer online-Therapie hinreicht, erscheint als fraglich. Schmitt greift überwiegend auf eine gestalttherapeutische Ausbildung zurück. Ferner auf: „humanistische und transpersonale Psychotherapie, ... alternative Heilweisen, z.B. Psycho-Kinesiologie und Energiearbeit“ und empfiehlt damit ein „ganzheitliches“ Angebot. Wieweit dieses online umsetzbar ist, bleibt auf den Webseiten unbeantwortet. Nach deutscher Rechtsgrundlage sind Ärzten und damit auch Psychologen Ferndiagnosen verboten. Es stellt sich jedoch aufgrund der mangelnden Kundschaft in Deutschland derzeit noch eine andere Ausgangslage dar als in den USA. Die zahlreichen Selbsthilfe- und die gratis Beratungsangebote erscheinen derzeit als wesentlich attraktiver und florieren entsprechend. Zudem empfiehlt sich bei diesen Kosten wohl doch eher eine offline-Therapie, die von den Kassen erstattet wird. Für 15 Minuten im Chat oder am Telefon berechnet Schmitt 40 Mark, für eine Seite Antwort per E-Mail 65 Mark. Rentiert hat sich ihr Internet-Engagement noch nicht, „allein schon, weil ich die Seiten inklusive Chatroom von einer Firma erstellen lassen musste“. „Ich dachte, das könnte als zweites Standbein interessant sein - zumal ich mehr von zu Hause aus arbeiten wollte.“ „Das Angebot wird nicht gut angenommen. Die Anfragen bleiben sehr oberflächlich, und sobald es Geld kosten soll, war es das.“<sup>25</sup>

*Volker Drewes* setzt E-Mail, Chat, Telefon und Videokonferenz ein und will auch Personen mit Zwangs- und Eßstörungen betreuen. Den Unterschied zwischen Online-Therapie und –Beratung nivelliert er: „Der Ablauf einer online-Therapie entspricht im wesentlichen dem einer online-Beratung.“ Unter ´online-Beratung´ beschreibt er, dass der Therapeuten eine „Stellungnahme“ zum Problem abgibt und einen „möglichen Lösungsansatz“ unterbreitet. Die Ärztin und Psychotherapeutin *Iris Netzeband* offeriert „Konflikt- und Problembearbeitung im Internet“ (für derzeit 35 DM, anfangs: 60 DM pro Mail). Hier arbeitet ein Team mit Erfahrungen aus Allgemein-Psychiatrie, Geronto-Psychiatrie, Jugendarbeit und ambulanter Psychotherapie. Etwas skeptisch stimmt die hierin eingebundene Webseite „Was Mandala-Malen in uns bewirken kann“. Zur Datensicherheit wird keine Verschlüsselung angeboten. Das Risiko wird benannt und alternativ das Faxen empfohlen.

<sup>24</sup> Vgl. Nicola Döring, Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet, in: Bernad Batinic, Internet für Psychologen, Göttingen etc. 2000, 509-547, zur Praxis in einzelnen Ländern 539ff.

<sup>25</sup> Zitate aus: DIE ZEIT 2001 Nr. 25, [http://www.zeit.de/2001/25/Hochschule/200125\\_c-couch\\_aufmache.html](http://www.zeit.de/2001/25/Hochschule/200125_c-couch_aufmache.html)

Auf dem Level von Online-Beratung haben sich inzwischen auch hierzulande Fragebögen und Tests eingebürgert. Häufig werden Daten zur Soziodemographie erhoben und eine offene Problemschilderung abgefragt. Seltener finden sich jedoch valide Leitfragen. Interventionen bestehen häufig aus Kommentaren, Ratschlägen, direkten Anregungen zum Problem, sowie Informationen auf der Webseite: allgemeinen Hintegrund-Informationen zu seelischen Problemen, verallgemeinerten Lösungsansätzen (ggf. mit Literaturhinweisen verbunden) und Verweisen zu offline-Beratungs- und Therapiemöglichkeiten.

Einen guten Einblick in die *internationale Forschungsdiskussion* bieten z.B. die Journale „Journal of Computer-Mediated Communication“ (<http://www.ascusc.org/jcmc>) und „CyberPsychology & Behavior“ (<http://miaavx1.muohio.edu/~crwolfe/cyberpsychology.htmlx>). Gegenüber dem offenkundig von internationalen Standards und Diskussionen abgeschnittenen E-Therapie- und E-Beratungsmarkt in Deutschland wird hier deutlich, wie vorangeschritten und ausdifferenziert der Diskurs bereits ist. Er reicht von Spezialfragen bestimmter Unterrichtssettings unter Nutzung bestimmter Unterrichts-Software über Designfragen virtueller Umwelten, Fragen von Recht, Organisationsstrukturen, e-commerce und Spiel. Therapieangebote sollten nicht weniger reflektiert und professionell angegangen werden. Insofern wird zunächst dringend ein Anschluß an den internationalen Diskussionsstand nötig.

Dieser ist längst unterwegs zu Settings posthumaner Therapie. Die Japaner sind z.B. praktizieren bereits in solchen Rahmen. Ein posthumanes Therapiesetting (= eigene Formulierung) ist gekennzeichnet durch den Trend zur technischen Substitution menschlicher Kommunikation. Hierzu zählen, neben Tests in der Assessment-Phase, ausdifferenziert dialogfähige KI-Programme und der Einsatz künstlicher Re-Personalisierung durch sogenannte „Agenten“. So schlugen z.B. Sandra Yuu Ookita und Hideyuki Tokuda (die schon langjährig darüber forschen) jüngst ein nahezu vollautomatisiertes Heilprogramm,

einschließlich vollautomatisierter Testeingangsphase und Auswertungsphase vor. Immerhin sind regelmäßige Offline-Gruppentreffen noch vorgesehen.<sup>26</sup> Fehlt eigentlich nur noch zum posthumanen Therapeuten der posthumane Klient. Dann könnte sich ein restneurotisch programmiertes Therapeutenprogramm an einem schizoiden Klientenprogramm messen. Aber es hat ja auch einen gewissen Reiz, zu sehen, wie neurotisch Computer dadurch werden können. Also gehen wir eher der Humanisierung der Computer entgegen?

---

<sup>26</sup> Sandra Yuu Ookita/Hideyuki Tokuda, A Virtual Therapeutic Environment with User Projective Agents, in: *CyberPsychology & Behavior* 4 (2001), H. 1, 155-167.