

## Über die Nutzung neuer Medien in der Psychotherapie - ein Erfahrungsbericht - Peter Kaimer

---

Meine Stimme wird Sie überall hin begleiten.  
Milton H. Erickson

Bereits die Heiler (Frank 1997) in den Frühzeiten menschlicher Geschichte wussten, dass Erlebnisse aus dem Ritus der heilenden Begegnung notwendigerweise in den Alltag des Heilung Suchenden übertragen werden müssen, sollen sie dauerhaft wirksam sein. Sie nutzten dazu beeindruckende, „unvergessliche“ Rahmenbedingungen ihrer Arbeit und sie gaben den Rat oder Heilung Suchenden nicht selten Gegenstände – z.B. Amulette oder Symbole – oder auch leicht einprägsame Sinnsprüche – Gebete, Reime - mit, welche den Prozess der Heilung begleiten sollten. Sie nutzten damit einerseits das Potential, welches im Aufbau einer Heilungserwartung steckt und wohl die Selbstheilungskräfte der Hilfesuchenden mobilisiert. Sie konstruierten über die gezielte Wahl verbaler oder symbolischer Zeichen aber auch Bedeutungen, welche gewissermaßen die Funktion hatten in den Alltag der betroffenen hineinzuwirken. Und auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren sich dieser Notwendigkeit bewusst und versuchten auf verschiedenste Art und Weise die Effekte der therapeutischen Sitzung in den Alltag der Klienten und Klientinnen „hinauswirken“ zu lassen. Im Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky et al. (1994) wird die Bedeutung dieses Zusammenhangs zwischen In-Session-Outcome und dem was hinterher passiert (Postsession-Outcome) anhand verschiedenster Ansätze im Rahmen der Psychotherapieforschung auf eine empirisch belegte Basis gestellt<sup>1</sup>. In ihrem Modell betonen die Autoren allerdings auch die Wichtigkeit der Beachtung sogenannter „Klientenfaktoren“. Und dies führt zu einer Sichtweise weg von einem einseitig interventionistischen Denken, wie es manche Formulierungen vielleicht nahe legen mögen, hin zu einem Denken im Sinne gemeinsamer Konstruktion gangbarer Lösungswege.

Was nun meine folgenden Überlegungen und Darlegungen betrifft, scheint es mir wichtig zu betonen, dass ich mich selbst als ressourcenorientierten und lösungsfokussierten Therapeuten begreife und daher vor allem Ideen und Vorschläge im Sinne dieser Tradition mache.

### 1. **Praktiken aus der Zeit der „Snail-Mail“<sup>2</sup>**

Bereits zu Zeiten als Personal Computer und Mobiltelefon noch keinen Einzug in unsere Welt gehalten hatten, wurden die oben genannten Prinzipien bedacht. Und es wurde nach Wegen gesucht, unmittelbare Ergebnisse der Therapie in die Alltagswelt der Klientinnen und Klienten zu überführen oder zumindest die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass diese im Alltag gangbar (viabel) und damit lebbar wären. Beispiele dafür wären:

---

<sup>1</sup> Nebenbei bemerkt wird allerdings auch die Notwendigkeit betont, diese außertherapeutischen Faktoren, wie auch immer sie aussehen mögen, in die Therapie (z.B. die folgende Sitzung) mit einzubinden.

<sup>2</sup> Schneckenpost

- Gezielte Hausaufgaben oder Empfehlungen (relevante Ideen aus der Therapie werden quasi als Experiment zum Bedenken oder Üben mit gegeben)
- Anregungen zur Bibliothherapie (Denk- und Deutungsmodelle in Form von Klientenliteratur werden zur Nachbearbeitung nachhause mit gegeben)
- Zusendung von (un)angekündigten Briefen (Gedanken oder Sichtweisen des Therapeuten werden zwischen den Sitzungen mitgeteilt)
- Vereinbarung von Briefen des Klienten an den Therapeuten (z.B. zur Unterstützung einer selbst gemachten Verpflichtung)
- Anrufe (zu verschiedensten Zwecken nutzbar: Ermutigung, Erinnerung etc.)
- Nutzung von Symbolen (z.B. im Zusammenhang mit bestimmten Erfahrungen wie etwa einer Entspannungssituation oder einem Ritual – Murmeln, Steine, Bilder)
- Einbindung von Personen des sozialen Netzwerks in die Therapie indem diese mittelbar oder unmittelbar angesprochen wurden

Und natürlich gibt und gab es noch viele weitere Möglichkeiten dieses Ziel zu verfolgen. Der Kreativität scheinen hier kaum Grenzen gesetzt, wenn man die diversen Veröffentlichungen zu diesem und verwandten Themen sichtet.

## **2. Praktiken aus der Zeit der „E-Mail“**

Die Nutzung neuer Medien in der Psychotherapie führt im Prinzip trotz aller „Neuheit“ die alten Ideen fort. In der jeweiligen Sitzung Erarbeitetes soll in den Alltag der Klienten überführt werden und dort seine Wirkung entfalten. Die stützende, ermutigende und erinnernde Funktion der Therapiebeziehung (siehe auch die Diskussion im Rahmen der Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, z.B. Norcross 2002) – kurz die gesamte Bandbreite der therapeutischen Allianz als Ressource – soll genutzt werden. Und die im therapeutischen Kontext neu konstruierte Geschichte soll sich im Alltag des Klienten, der Klientin gegen die dort dominierenden Geschichten durchsetzen (siehe z.B. neuere Ansätze Kognitiver Therapie: Scholz 2002, Kaimer 2007, White 2007). Gerade unter einer narrativen Perspektive wird auch besonders leicht einsichtig, dass sich die neu entwickelte Geschichte nicht so ohne weiteres gegen die im Alltag dominierenden durchsetzen wird. Und von daher macht eine erhöhte Frequenz der Wiederholung, Anknüpfung und Bestätigung der neu entwickelten oder wieder eroberten Geschichte Sinn<sup>3</sup>.

Dies geht mit den neuen Medien aus zwei Gründen noch einmal besser als mit den alten: **Erstens** erlaubt die Schnelligkeit der Medien eine relativ unmittelbare Aktivität, deren Aufwand vergleichsweise gering ist. Auf diese Reaktion kann der Adressat / die Adressatin bei Bedarf auch wieder unmittelbar reagieren. Diese Unmittelbarkeit und der vergleichsweise geringe Aufwand bedeutet natürlich auch, dass die Wahrscheinlichkeit der Häufigkeit solcher wechselseitiger „Spielzüge“ angehoben wird, was durchaus wünschenswert ist – im Sinne einer Destabilisierung alter und Stabilisierung neuer Diskurse und Geschichten<sup>4</sup>.

**Zweitens** sind die neuen Medien auf eine Art und Weise positiv besetzter Alltag für viele unserer Klienten, dass eine zusätzlich positiv verknüpfte Assoziation in Gang gesetzt werden

---

<sup>3</sup> Dies passt im Übrigen auch gut zu den anderenorts beschriebenen Prozessen des Empowerment in gemeindepsychologischer Tradition (Stark 1996).

<sup>4</sup> Allerdings spielt ab dem Überschreiten einer gewissen Grenze der Kontakte die derzeitige nur eingeschränkt zulässige Abrechenbarkeit (GOP/GOÄ bzw. EBM) doch wieder eine Rolle, weil unsere Arbeit halt doch nicht ausschließlich von der Effektivität unserer Arbeit sondern auch von der Effizienz bezüglich unseres ökonomischen Wohls gesteuert wird.

kann. Das Mobiltelefon in die Hand nehmen wird z.B. mit den Ermutigungen, die via SMS kommen verknüpft.

Allerdings gibt es auch gute Gründe gelegentlich die alten Medien zu nutzen. Manchmal ist eine schnelle Reaktion gar nicht erwünscht: wenn man z.B. möchte, dass sich jemand etwas intensiver mit einer Botschaft auseinandersetzt, ist vielleicht der gute alte Brief doch das nützlichere Medium. Differentielle Indikation – nichts Neues also.

#### **a. E-Mail**

*Als Beispiel für die Nutzung von E-Mail-Kontakten in einer meiner Therapien möchte ich folgende Konstellation skizzieren:*

Der Klient, der unter Zwängen litt, erhielt das übliche Angebot im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise (Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer, Reinecker, Schmelzer 2004). Nach Klärung der Rahmenbedingungen, Zielklärung und Erarbeitung einer Bedingungsanalyse, wurde dem Klienten ein plausibles Modell seiner Erkrankung vermittelt und die daraus abgeleiteten Schritte in Richtung seines Ziels verdeutlicht.

Sowohl die vereinbarten Konfrontationen in vivo als auch die Bearbeitung der kognitiven Anteile schienen sehr erfolgreich. Daher entschlossen wir uns bereits nach ca. 15 Sitzungen die Abstände zwischen den Sitzungen größer werden zu lassen. Da der Klient tagtäglich mehrere Stunden beruflich am PC saß und dies mit seiner Arbeitssituation gut abstimmen konnte, vereinbarten wir die Möglichkeit der knappen Kontaktaufnahme via E-Mail. Dies sollte sich vornehmlich auf Situationen beziehen, wenn der Klient zwischendurch Unklarheiten bezüglich seiner vereinbarten Hausaufgaben / Empfehlungen<sup>5</sup> hatte. In der Folge führte das zu Kontaktaufnahmen so ca. alle drei bis vier Tage und ermöglichte eine Unterstützung und Klärung ohne den großen Aufwand eigens vereinbarter Sitzungen, da der Klient mehrere Kilometer entfernt wohnte.

So um die 25. Sitzung wünschte sich der Klient noch größere Zeitabstände, da er seinen Weg alleine und im eigenen Tempo gehen wollte<sup>6</sup>. Unsere gemeinsamen Überlegungen hinsichtlich optimaler Unterstützung bei diesem Vorhaben führten zu folgender Vereinbarung: der Klient wollte mir jeweils am Ende der Woche eine knappe Zusammenfassung der von ihm erlebten Fortschritte, Selbstkonfrontationen oder anderen aner kennenswerten Erfahrungen via Email berichten. Ich würde ihm darauf bezogen eine Rückmeldung schicken.

Die Inhalte dieser E-Mails waren für mich äußerst aufschlussreich. Nicht nur dokumentierte der Klient sowohl für sich selbst als auch für mich seinen mal beschleunigten mal gemächlicheren Prozess der persönlichen Änderung. Er vermittelte mir auf diese Weise auch Änderungsbereiche von denen vorab in der Therapie nie die Rede gewesen war und erschloss auf diese Weise ein umfassenderes Bild seines persönlichen Weges einer selbst gesteuerten Therapie. Meine Rückmeldungen enthielten teils direkte Komplimente hinsichtlich seiner therapeutischen Arbeit, teils indirekte Komplimente, indem ich ihn bezüglich seiner Entscheidungen oder seines offensichtlichen inneren Wissens bezüglich der berichteten Schritte befragte. Sie enthielten aber auch immer wieder Fragen hinsichtlich seiner Selbsteinschätzung bezüglich „Fordern versus Vermeiden“.

---

<sup>5</sup> Ich ziehe die Vermittlung einer Empfehlung gegenüber einer Hausaufgabe vor. Meine Begründung: erstens assoziieren viele Klient/inn/en mit Hausaufgabe durchaus unerfreuliche Erlebnisse aus der Schulzeit, was ich gerne vermeiden möchte; zweitens möchte ich die Verantwortlichkeit meiner Klient/inn/en stärken, indem ich ihnen die Entscheidung darüber überlasse, welche der oft gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen sie tatsächlich ausprobieren (oder was sie statt dessen tun).

<sup>6</sup> Unter der Perspektive von Beutlers Prescriptive Therapy (Beutler, Harwood 2000) kann der Klient als jemand gesehen werden, der ein hohes Maß an Wunsch nach Selbstbestimmung (Reaktanz) zeigt. Insofern sind therapeutische Angebote, die ihm sehr viel Raum dafür lassen, indiziert.

Ein wichtiger Nutzen dieser Vereinbarung bestand für den Klienten wohl darin, dass bereits der Anblick seines PC verknüpft wurde mit seiner alltäglichen Selbstverpflichtung zu eigenverantwortlicher Therapieplanung und –durchführung. Gleichzeitig wurde die Selbstverpflichtung jedoch vor allem bezogen auf seine Erfolge und ermutigende Erfahrungen „materialisiert“ (positive E-Mails), wobei Durchhänger und Misserfolge selbstverständlich nicht verboten waren (das wurde auch thematisiert).

Andererseits konnte ich in meinen Antworten immer wieder auf sprachliche Diskurse Bezug nehmen, die wir im Rahmen unserer persönlichen Begegnungen entwickelt hatten.

*Ein weiteres Beispiel:*

Eine Klientin hatte vor etwas längerer Zeit erfolgreich ihre Ängste im Rahmen ihrer Therapie bearbeitet. Nach mehreren Jahren begegnet sie mir wieder eher zufällig. Bei dem sich entwickelnden Gespräch deutet sie mir an, dass sie dabei sei, wieder in ihre ihr nur allzu vertraute Vermeidungsstrategie zu rutschen. Erwartungsängste würden sich wieder aufbauen und sie möchte dringend etwas dagegen tun. Da ich aktuell keinen Therapieplatz frei hatte, jedoch von der Sinnhaftigkeit unmittelbar etwas zu unternehmen überzeugt war, schlug ich ihr E-Mailkontakte vor. Sie sollte mir einfach die wichtigsten Prinzipien unserer gemeinsamen Arbeit schildern. Ohne großen Aufwand konnte ich die meisten Punkte ihrer schriftlichen Schilderung bestätigen, einige Kleinigkeiten im Sinne von begründeten Alternativvorschlägen korrigieren und sie an einen wichtigen Punkt unserer gemeinsamen Arbeit erinnern. Dies war ihre Tendenz oder Fähigkeit – je nach Perspektive – leichte Angstsignale zu dissoziieren, so dass sie erst beim nicht mehr abzuwehrenden Durchbruch spürbar wurden. Dann jedoch so massiv, dass sie diese heillos überbewertete, weil sie ja den leichten Anstieg bewusst nicht mitbekommen hatte.

Mit Hilfe dieser kleinen Unterstützung plante sie eine Auffrischung der bereits einmal nützlichen Therapieschritte und holte gelegentliche Bestätigungen ein, die jeweils von Ermutigungen und Komplimenten begleitet wurden. Der Aufwand auf meiner Seite belief sich auf ca. 10 E-Mails. Dann – nachdem bereits einige Hürden geschafft waren - wünschte sich die Klientin für eine relativ angstbesetzte Situation auf ihrer Hierarchie eine begleitete Konfrontation, weil sie sich das allein nicht zutraute. Es handelte sich um das letzte verbliebene Item. Wir warteten einen Zeitpunkt ab, der von unser beider Zeitmanagement gut realisierbar war, und führten die Konfrontation durch. Weitere 5 E-Mailkontakte folgten bis die Klientin mit ihrem Stand zufrieden war und die Auffrischungsphase beendet werden konnte.

Auch hier kann natürlich ökonomisch kritisch angemerkt werden, dass eine solche Bereitstellung von eigenen Kapazitäten selbstausbeuterisch sei, da die E-Mail-Kontakte nur begrenzt abgerechnet wurden. Das Honorar für die begleitete Konfrontation bezahlte die Klientin privat. Hätte man das umgehen wollen, wäre nur in Frage gekommen (krankenkassenfinanzierte Vorgehensweise), formal eine komplett neue Therapie zu beantragen. Dies wäre aber bei der geschilderten Konstellation mit Sicherheit weniger wünschenswert gewesen, hätte es doch die Fähigkeit zum Selbstmanagement bei der Klientin entwertet (oder zumindest nicht in dem Maße ausgereizt wie es mir unter den gegebenen Bedingungen möglich war).

## **b. Mobiltelefon**

### **i. SMS**

Kurzmitteilungen via Mobiltelefon gehören für viele Menschen mittlerweile zum gern genutzten Alltag. Sie können dann angenommen bzw. abgerufen werden, wenn gerade Zeit dafür ist, und sie sind kurz und bündig – aufgrund ihrer technischen Vorgaben ‚auf den Punkt gebracht‘. Dies geht gelegentlich so weit, dass jegliche soziale (Höflichkeit) und sprachliche

(Grammatik) Form verloren geht<sup>7</sup>. Und doch erfreut sich diese Medium ungebrochen hoher Beliebtheit. Beachtenswert erscheint mir durchaus auch, wie typische Defizite im Fluss der Kommunikation des Mediums erkannt und Korrekturversuche gestartet werden: z.B. Missverständnisse aufgrund fehlender gefühlsmäßiger Kodierung -> Emoticons<sup>8</sup>.

*Als Beispiel für die Nutzung von SMS-Kontakten in einer meiner Therapien möchte ich folgende Konstellation skizzieren:*

Eine Schülerin, welche aufgrund einer äußerst problematischen familiären Konstellation mit immer wieder kehrenden persönlichen Abwertungen und emotionalen Spannungen aufgrund von familiären Konflikten in Therapie kam, hatte im schulischen Bereich mit Versagensängsten zu kämpfen. Sie hatte offenbar die Abwertungen so internalisiert, dass sie sich selbst wenig zutraute, ihr Scheitern als folgerichtig erwartete und gelegentliche Erfolge eher external attribuierte. Sie sprach auf kognitive Angebote in Richtung nützlicher Selbstverbalisationen im Sinne Meichenbaums im Rahmen der therapeutischen Situation recht gut an. D.h. auf der Basis der therapeutischen Beziehung (der Therapeut als alternative gewünschte Vaterfigur) konnte sie Ermutigung, eigene Ressourcen, Chancen in ihrer persönlichen Entfaltung gut zulassen<sup>9</sup>. Allerdings gab es in ihrem sozialen Netzwerk niemanden, der sie in diese Richtung unterstützt hätte, und sie musste in ihrem Alltag gewissermaßen ganz allein gegen die Windmühlen der Missachtung und Geringschätzung ankämpfen. Daher kam es regelmäßig zu selbstabwertenden Einbrüchen und Selbstentmutigungen mit ihren dementsprechenden gefühlsmäßigen Folgen. Um diesen Einbrüchen entgegen zu wirken vereinbarten wir, dass ich ihr regelmäßig per SMS aus ihrer Liste ermutigender und unterstützender Selbstverbalisationen die eine oder andere senden würde. Dies sollte zu unterschiedlichen Zeiten geschehen und sie sollte es vor ihrer Familie geheim halten. Damit sollte ein fehlendes Element aus ihrem sozialen Netzwerk für eine begrenzte Zeit künstlich ersetzt werden. Da die therapeutische Beziehung sehr positiv besetzt war und der Therapeut auch einen hohen Stellenwert hatte, war erwartbar, dass diese Kurzmeldungen eine deutlich spürbare Signifikanz haben würden. Die Klientin berichtete, dass ihr diese kleinen regelmäßigen Signale sehr helfen würden an sich selbst, ihre eigenen Stärken und Kompetenzen zu glauben, sich an das in der Therapie-stunde erarbeitete zu erinnern und im Falle von Einbrüchen wieder Anstrengungen zu unternehmen, um diesen etwas entgegen zu setzen.

*Ein weiteres Beispiel:*

Im Rahmen einer Depressionsbehandlung mit einem jungen Mann wurden Aktivitätenpläne erarbeitet. Da es sich um sehr massive Depressionen handelte, berichtete der Klient regelmäßig, dass es ihm nicht gelungen sei, wichtige Punkte aus diesen Plänen umzusetzen. Auf die Frage: Was ihm in den kritischen Situationen helfen würde die relevanten Punkte umzusetzen? vermutete er, dass es irgendetwas sein müsste, was ihm sanften aber bestimmten Druck machen würde. Nach längerer Suche kamen wir darauf, dass es ihm schon peinlich sei, mir gegenüber einräumen zu müssen, wenn er etwas nicht umgesetzt habe. Ich erklärte mich bereit, diesen Druck bis zu einer gewissen Grenze ausüben zu wollen, wenn dadurch unsere therapeutische Beziehung nicht gefährdet sei. Schließlich kamen wir darauf, dass vier SMS von einem bis zum nächsten Termin für ihn optimal seien. Sie sollten sich auf die schwierigeren

<sup>7</sup> Womit ich persönlich oft Probleme habe, wohl weil ich nicht dementsprechend sozialisiert wurde.

<sup>8</sup> Kleine Zeichen emotionaler Befindlichkeit, die mit Hilfe einer üblichen Tastatur dargestellt werden können:  
z.B. ☺ / ;-)/ :-o / :-x / ☹

<sup>9</sup> Im Sinne einer grundlegenden Bedürfnisbefriedigung nach Selbstwerterhöhung im Sinne von Grawes Inkonsistenzreduktion.

Punkte seiner Aktivitätenplanung beziehen und lediglich in Form einer freundlichen Erinnerung gesendet werden. Damit erklärte ich mich einverstanden. In der Folge konnte er diese „Anstöße“ mal besser mal weniger gut für sich nutzen. Die Menge der umgesetzten Punkte aus den Listen stieg im Durchschnitt um 50% (dies betraf übrigens auch Punkte, die gar nicht Gegenstand der SMS waren).

## **ii. Mobil telefonieren**

Das Mobiltelefon ermöglicht während einer Therapie eine manchmal nützliche Distanz herzustellen, die herkömmlich nicht möglich war. Als Beispiel möchte ich die Dosierung der Therapeutin als Sicherheitssignal im Rahmen von Konfrontationen beschreiben.

### *Beispiel im Rahmen einer von mir supervidierten Therapie:*

Eine Klientin mit agoraphobischen Ängsten und Panikattacken konnte sehr gut die unteren und auch die oberen Stufen einer Angsthierarchie benennen. Im unteren Bereich (auf einer 100er-Skala bis ca. 40) benannte sie Busfahrten und Zugfahrten in Begleitung der Therapeutin. Am oberen Ende (so ca. ab 70) nannte sie solche Fahrten, jedoch allein. In der Mitte fehlten Ideen für gangbare Schritte, zu denen die Klientin auch motiviert war.

Nach längeren Überlegungen und Erkundungen hinsichtlich vertretbarer Forderung der Klientin aber auch akzeptabler Unterstützung bei den Konfrontationen, kam die Nutzung des Mobiltelefons in Spiel. Die Überbrückung der Mitte geschah zuerst über die akustische Begleitung und später über die prinzipielle akustische Erreichbarkeit der Therapeutin während der Konfrontation. Damit war eine zunehmende physische Entfernung der Therapeutin verbunden. Während sie zu Anfang noch im selben Bus (am anderen Ende) oder im selben Zug (in einem anderen Abteil) saß, wurden später die Konfrontationen so gestaltet, dass die Therapeutin am Zielort wartete (also tatsächlich bestenfalls akustisch erreichbar war).

Dieses Vorgehen ähnelt ein bisschen dem, was unsere Angstklienten häufig ohnehin – dann aber meist mit Medikamenten – machen. Nämlich Medikamente als Sicherheitssignal dabei haben für den Fall, dass ... Insofern ist dieses Vorgehen den meisten Klienten vertraut bzw. entspricht ihrer Logik. Allerdings wollen Medikamente nicht ausgeschlichen werden, Therapeut/inn/en (hoffentlich) schon.

## **3. Und so nutzen unsere Klienten neue Medien auch: Chat, Foren, Blogs**

Wie zu Zeiten der Snail-Mail Klientinnen und Klienten verschiedenste Formen sozialen Austausches auch zur Bearbeitung und Bewältigung ihrer psychischen Schwierigkeiten und Probleme genutzt haben (z.B. religiöse Gruppen, Selbsthilfegruppen), tun sie das im Zeitalter weltweiter Vernetzung mittels neuer Medien auch.

In Chat-Rooms werden Erfahrungen oder Gedanken live ausgetauscht und es war folgerichtig, dass sich themenspezifische Chat-Angebote formierten. In Foren können Gedanken und Ideen aufgeworfen werden und Interessierte können darauf mit eigenen Beiträgen reagieren. Auch hier entstanden relativ bald – aufgrund der schnell wachsenden Teilnehmer/innen und dementsprechend bald unübersichtlich werdenden Themen – spezifische Foren, die auch unterschiedlichste psychische Themen behandelten. Blogs – also öffentliche Tagebücher auf die man reagieren konnte – thematisieren ebenfalls psychische Befindlichkeiten und werden dementsprechend von unseren Klient/inn/en genutzt.

Etwas vertiefender möchte ich auf einen Chat eingehen, da ich mit diesem Medium aufgrund zweijähriger regelmäßiger Supervision von einigen Moderatorinnen desselben besonders vertraut bin.

Dieser Chat, der sich Sorgen-Chat nennt, wurde – wie üblich - von mehreren Administratoren betreut. Die Aufgabe von Administratoren ist eigentlich eine vorwiegend technische, was sich jedoch im Rahmen von Chats oft schwer von einer inhaltlichen Arbeit trennen lässt. So muss der Administrator aufgrund bestimmter Verhaltensweisen einen Nutzer „aussperren“ (technischer Vorgang), wenn dieser sich nicht an die Regeln der „Netiquette“ hält oder offensichtlichen Missbrauch mit dem Chat treibt (inhaltlicher Vorgang). Im Zuge der Entwicklung des Sorgenchat, wo Administratoren zunehmend auch fachlich angesprochen wurden, beschloss man die Einführung von Moderatorinnen, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation für die Reaktion auf inhaltliche Themen besser geeignet schienen. Zu bestimmten festen Zeiten war nun der Sorgenchat nicht einfach geöffnet, sondern es gab auch die Möglichkeit anwesende Moderatorinnen einzubeziehen, fachliche Stellungnahmen abzurufen oder sich auch im „Flüstermodus“<sup>10</sup> eine persönliche Stellungnahme zu holen.

Für mich waren zwei Phänomene in der Begleitung der Moderatorinnen besonders bemerkenswert. Eines hatte mit der Form der Kommunikation zu tun - das war das Fehlen vieler für persönliche Psychotherapie üblichen Konnotationen, so dass nie auszuschließen war, dass man einem „Fake“<sup>11</sup> aufsaß - und brachte mich zu dem Schluss, dass radikales Ernstnehmen des Geschriebenen die günstigste Verhaltensweise ist will man nicht hinter jeder Aussage Fälschung wittern. Früher oder später verloren die echten Faker die Lust oder trieben es allzu offensichtlich, so dass es kein Problem war, dies offen anzusprechen bzw. den Administrator zu bitten den betreffenden Nutzer zu sperren. Das andere hatte mit Inhalten zu tun. Es gab nämlich eine sehr hohe Anzahl von Nutzer/innen, die angaben in Psychotherapie zu sein und die davon berichteten, was sie ihren behandelnden Therapeut/innen alles nicht erzählten oder erzählen könnten, dies jedoch bis ins Detail im Rahmen des Chat (sei es im Plenum oder im „Flüstermodus“) erzählten. Dabei handelte es sich fast immer um Dinge, die für eine Besserung der Problematik relevant erschienen. Und es entstand fast immer der Eindruck, dass es sich um fehlendes Vertrauen, Angst sich zu zeigen, bewertet zu werden handelte: die Qualität der therapeutischen Allianz also.

### **Literatur:**

- Beutler, L.E. / T.M. Harwood (2000) *Prescriptive Therapy. A practical Guide to Systematic Treatment Selection*. New York: Oxford University Press.
- Frank, J. (1997). *Die Heiler*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kaimer, P. (2007) *Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft*. In: R. Frank (Hrsg.) *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. & Reinecker, H. & Schmelzer, D. (Hrsg.). (2004) *Selbstmanagement-Therapie* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Norcross, J.C. (2002, Ed.). *Empirically Supported Therapy Relationships*. New York: Oxford University Press.

---

<sup>10</sup> Der Kommunikationsfluss zwischen Moderatorin und Nutzer ist nur für diese beiden und den Administrator sichtbar.

<sup>11</sup> Vortäuschung falscher Tatsachen.

Erscheint in überarbeiteter Form in der Zeitschrift  
**Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2008-1**

- Orlinsky, D. E. / K. Grawe / B. Parks (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin / S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Scholz, W.-U. (2002). *Neuere Strömungen und Ansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stark, W. (1996). *Empowerment*. Freiburg: Lambertus.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: Norton Professional Books