

**HET SCHERM EN IK. EEN KWALITATIEF
ONDERZOEK NAAR DE ERVARING VAN
THERAPEUTEN MET ONLINE
THERAPIE.**

Aantal woorden: 46743

HANNE PEETERS

Studentennummer: 01700326

Promotor: dr. Dries Dulsster

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting klinische psychologie

Academiejaar: 2021 – 2022

Abstract

In het kader van de digitale revolutie en de COVID-19 pandemie is er een stijging in het gebruik van videobellen voor psychotherapie. Onderzoek lijkt aan te tonen dat deze vorm even effectief is als traditionele therapie. De literatuur laat bepaalde therapievormen echter nog onderbelicht. Daarbij is er nog weinig geweten over het therapeutisch proces bij online therapie en hoe dit beleefd wordt door therapeuten. Deze masterproef beantwoordt via kwalitatief onderzoek de volgende vraag: Wat is de beleving en visie op individuele psychotherapie via videobellen van therapeuten uit diverse therapiestromingen?. Om dit te onderzoeken worden semigestructureerde interviews afgenomen bij therapeuten uit de psychoanalyse, systeemtherapie en cognitieve gedragstherapie. De interviews worden onderworpen aan een thematische analyse. Uit de analyse blijkt dat online therapeuten online therapie als ‘kleiner’ beleven, het voor meer onzekerheid zorgt en een verschuiving in verantwoordelijkheid en engagement met zich meebrengt. Hoewel ze effecten ervaren bij online therapie, betekent dit voor hen niet noodzakelijk dat het van even goede kwaliteit is. Tot slot kan online therapie de privé-werk balans veranderen. Deze thema's kwamen bij alle stromingen aan bod. Hoewel er andere accenten gelegd worden, komen therapeuten uit diverse stromingen vaak tot gelijkaardige conclusies. De resultaten zijn doorgaans in overeenstemming met voorgaand onderzoek en geven zicht op hoe de diverse stromingen zich tot elkaar verhouden. De resultaten kunnen verder gezien worden als aanvulling op kwantitatief effectiviteitsonderzoek, evenals gebruikt worden als aanzet voor diepgaander onderzoek naar de beleving van therapeuten en als startpunt voor procesonderzoek naar psychotherapie via videobellen.

Dankwoord

Als eerste wil ik mijn gezin bedanken. Mama, papa, Nelsje, Peentje, jullie zijn de meest bizarre, interessante en warme mensen die ik ken. Jullie zijn eeuwig en altijd in mijn hartje. Bedankt om er altijd voor mij te zijn.

Verder wil ik de therapeuten bedanken die deelgenomen hebben aan deze studie. Bedankt om tijd vrij te maken, mij warm te ontvangen en jullie interessante reflecties met mij te delen. Zonder jullie zou er letterlijk geen masterproef zijn.

Daarnaast wil ik ook mijn promotor bedanken om in wanhopige tijden met korte woorden toch weer de doorzetter in mij aan te wakkeren. De vrijheid die ik gekregen heb was eng, maar het meer dan waard. Ik wil verder prof. Meganck bedanken. Uw tips en feedback over mijn doctoraatsvoorstel hebben mij ook geholpen bij het schrijven van deze masterproef.

Tot slot wil ik mijn dankbaarheid uiten dat ik hier op dit moment ben. Dat ik de mogelijkheid heb gekregen om aan de universiteit te studeren, de vrienden te ontmoeten die mijn hart elke dag verwarmen en dat ik mij bewust mag zijn van dit alles. Het is een zwaar jaar geweest, maar ik ben elk moment dankbaar omdat het mij gebracht heeft waar ik nu ben. Samen met het indienen van deze masterproef, laat ik dit stukje van mijn leven los en begin ik aan een nieuw hoofdstuk.

Dankjewel.

Inhoud

INLEIDING	1
Literatuurstudie.....	3
Psychotherapie via videobellen.....	3
De effectiviteit van psychotherapie via videobellen	5
Het proces van psychotherapie via videobellen	14
Therapie over diverse therapeutische stromingen.....	20
De visie van therapeuten op psychotherapie via videobellen	23
Factoren die een rol spelen in de visie van therapeuten op psychotherapie via videobellen	37
Probleemstelling	42
METHODE.....	43
Keuze voor kwalitatief onderzoek.....	43
Steekproef.....	44
Materialen.....	46
Data-analyse	49
Procedure	51
Kwaliteitsbewaking	54
Ethiek.....	56
RESULTATEN.....	56
Thema 1: Online therapie is ‘kleiner’	58
Thema 2: Online therapie zorgt voor onzekerheid	63
Thema 3: Bij online therapie is er een verschuiving in verantwoordelijkheid en engagement....	67
Thema 4: Online therapie heeft enerzijds effecten, anderzijds betekent het niet dat het van even goede kwaliteit is	73
Thema 5: Online therapie verandert de privé-werk grens	79
Conclusie	82
DISCUSSIE	82
Bespreking van de resultaten	82
Opmerkingen bij de gevonden thema’s.....	91
Beperkingen van deze masterproef en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	92
Praktische implicaties.....	94

CONCLUSIE	94
REFERENTIES	95
BIJLAGEN	107
Bijlage 1: Uitgebreide tabel van participanten	107
Bijlage 2: Reflecties op criteria van Miles en Huberman (1994)	108
Bijlage 3: Interview guide	110
Bijlage 4: bespreking over hoe de ideeën van de onderzoeker veranderd zijn.....	112

INLEIDING

Psychotherapie via videobellen als alternatieve therapievorm is geleidelijk aan toegenomen in gebruik gedurende de laatste tien jaar. Desondanks bleef het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk laag (Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021). Sinds de COVID-19 pandemie kwam hier echter verandering in. Op 13 maart 2020 werd in België de eerste lockdown afgekondigd vanwege de COVID-19 pandemie. De overheid besliste dat alle ambulante geestelijke gezondheidszorg – waar mogelijk – van begeleidingsmethodieken op afstand gebruik moest maken. Voorbeeld van deze afstandsmethoden zijn telefonisch contact, begeleiding via chat of sessies via videobellen. Daarnaast dienden alle personeelsleden van ambulante voorzieningen zoveel mogelijk van thuis uit te werken. Vele therapeuten waren genoodzaakt hun praktijk op een andere manier verder te zetten, wat het gebruik van deze alternatieve vormen heeft verhoogd. Hierbij kozen de therapeuten voornamelijk voor psychotherapie via videobellen (Abraham et al., 2021; Markowitz et al., 2020; Rains et al., 2021; Wind et al., 2020).

Dat die overgang niet vanzelfsprekend was, is te merken aan hulpsites en richtlijnen die hierover verschenen. Deze richtlijnen gaan van technische aanbevelingen, zoals tools die men kan gebruiken (e.g. Bocklandt, 2020) en ethische aspecten zoals privacy (e.g. Bocklandt, 2020) tot de manier waarop men de sessies kan organiseren en bespreken met de patiënt (e.g. “Coronavirus (Covid-19): Teleconsultatie|Psychologencommissie”, 2020). Psychotherapie lijkt niet automatisch te passen in de online vorm.

Ondanks dat het niet vanzelfsprekend blijkt, is de overschakeling snel gebeurd en met weinig verwijzingen naar empirisch onderzoek (Barnett et al., 2021). Gezien interactie op afstand steeds meer toeneemt, is het waarschijnlijk dat psychotherapie niet zal achterblijven (Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021). Vooraleer het gebruik van deze therapievorm wordt verdergezet is het belangrijk om de huidige evidentie na te gaan (Barnett et al., 2021) en stil te staan bij de implicaties van het aanbieden van therapie via alternatieve media.

De meeste studies over psychotherapie via videobellen zijn uitkomst-georiënteerd. De bevindingen suggereren dat deze vorm even effectief is en gelijkaardige resultaten bereikt als traditionele psychotherapie (Barnett et al., 2021; Thomas et al., 2021). Er zijn echter nog gaten in de evidentie hierover, zoals de onderbelichting van bepaalde doelgroepen. Daarnaast beslaat dit voornamelijk kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek levert andere conclusies op (e.g. Thomas et al., 2021). De vraag naar de effectiviteit van online therapie blijft nog deels onbeantwoord.

Verder betekent de indicatie van gelijkaardige uitkomsten niet noodzakelijk dat online therapie op dezelfde manier werkt (Smith et al., 2021). De specificiteit van het online

therapeutisch proces begrijpen is belangrijk voor de organisatie van de klinische praktijk en therapieopleidingen (Smith et al., 2021). Daarbij komt dat de huidige kennis inzake het proces van traditionele psychotherapie nog ver van volledig is, ook al hebben auteurs procesonderzoek aangeraden voor het begrijpen en verbeteren van de klinische praktijk (Cuijpers, 2016; Kazdin, 2008). Dit leidt tot de nood aan procesonderzoek van psychotherapie via videobellen (Cipolletta et al., 2018).

Onderzoek naar de beleving van therapeuten en hun patiënten kan helpen om de gaten in beide onderzoekstradities te dichten. Enerzijds kan het indicaties geven over de effectiviteit en de waarde van videobellen als alternatieve therapievorm, anderzijds geeft het een zicht op de factoren die bepalen of online therapie al dan niet succesvol is en de veranderingsmechanismen die hierin een rol spelen. Om de evidentie inzake psychotherapie via videobellen uit te breiden, dienen we ons te richten op belevingsonderzoek.

Therapeuten zijn een belangrijke bron voor dit belevingsonderzoek. Ze combineren de theoretische kennis inzake het therapeutisch proces met ervaringen uit hun praktijk. Verder zal hun attitude t.o.v. online therapie zal verder ook bepalen in welke mate ze deze vorm zullen implementeren (Perle et al., 2013). Daarom is het belangrijk om de opinie en beleving van therapeuten m.b.t. therapie via videobellen na te gaan.

Uit mediaberichten over online psychotherapie tijdens de COVID-19 pandemie blijkt dat de meningen van therapeuten verdeeld zijn. Zo bestaan er artikels met positieve getuigenissen over psychotherapie via het internet, waarbij psychologen aangeven dat de omschakeling beter meeviel dan verwacht en getuigen dat ze enkel positieve reacties kregen van hun patiënten (Van Eynde, 2020). Psychotherapeut Tomas Van Reybrouck ondervond dat de fysieke afstand een groter gevoel van veiligheid brengt, wat praten over moeilijke onderwerpen net gemakkelijker maakt. Dit gevoel van veiligheid kan volgens hem het gevolg zijn van het idee dat men snel weg kan door simpelweg de GSM of PC af te zetten. Daarnaast geeft hij ook aan dat de sessies informeler aanvoelen door meer speelsheid en humor (Van Reybrouck, 2020).

Aan de andere kant zijn er ook psychologen die liever niet digitaal behandelen. Tijdens de lockdown deden een aantal onder hen een oproep om alsnog veilig face-to-face te kunnen behandelen. De betreffende psychologen geven hierbij aan dat ze bezorgd zijn om de therapeut-patiënt relatie bij online therapie en dit voornamelijk bij de meest kwetsbare doelgroepen. Ze stellen dat bij deze doelgroepen een fysieke aanwezigheid met mogelijkheid tot oogcontact nodig is, omdat dit zorgt voor een gevoel van containment (zich psychisch omarmd voelen) (Gilis, 2020). Acht psychologen uit de Facebookgroep 'Klinisch psychologen en pedagogen Vlaanderen' maakten zich zorgen dat niet iedereen de weg zou vinden naar online hulpverlening.

Niet iedereen beschikt immers over de nodige technische middelen of ziet online therapie zitten. In een opinieartikel schrijft Stef Joos dat psychologen in tijden van chaos geruststelling en houvast moeten bieden, maar dat dit moeilijker is wanneer online het medium is. Hij geeft aan dat bij een oppervlakkige bevraging onder therapeuten blijkt dat 80 procent van de patiënten hun begeleiding stopzet of uitstelt als het enkel online kan. Dit terwijl zelfstandige psychologen volgens hem de richtlijnen voor social distancing voldoende konden naleven bij face-to-face therapie (Joos, 2020). Uit deze diverse artikels blijkt dat de mening van therapeuten over psychotherapie op afstand sterk kan variëren.

Deze artikels gaan allen over psychotherapie via videobellen. Vele psychotherapeuten kozen voor deze vorm tijdens de pandemie (Markowitz et al., 2021). Het is ook het medium dat qua vorm het meest lijkt op een face-to-face gesprek (Smith et al., 2021). Het lezen van deze artikels werpt de vraag op wat de verschillen in visie op psychotherapie via videobellen tussen psychotherapeuten verklaart. Eén mogelijke verklaring is het verschil in therapieschool (Perle et al., 2013), wat ons brengt tot de vraag hoe psychotherapeuten van diverse therapiescholen psychotherapie via videobellen ervaren.

Literatuurstudie

Psychotherapie via videobellen

Vooraleer we de bevindingen inzake psychotherapie via videobellen kunnen bespreken, dienen we in te gaan op wat psychotherapie via videobellen precies is en hoe deze vorm ontstaan is.

Definitie en keuze voor videobellen De term ‘internet-gebaseerde interventies’ wordt gebruikt voor een breed gamma aan interventies, van ongebeide zelfhulp tot behandelingen in interactie met een clinicus (Smoktunowicz et al., 2020). Het is echter niet ondenkbaar dat verschillende vormen andere onderzoeksresultaten zullen opleveren, andere uitdagingen en voordelen met zich meebrengen en andere ethische kwesties opwerpen. Onderzoek suggereert bijvoorbeeld dat de verschillende modaliteiten verschillen in de mate van acceptatie door gebruikers (Bee et al., 2008). Onderzoek dient zich best op één bepaalde vorm te richten om meer accurate bevindingen te verkrijgen.

Daarbij komt dat in het huidig onderzoeksveld er een gebrek is aan eenduidige terminologie inzake online hulpverlening (Smith et al., 2021, Smoktunowicz et al., 2020). Voor één bepaald soort interventie bestaan vaak diverse termen (Kotera et al., 2021) en éénzelfde term kan naar verschillende formaten verwijzen (Smoktunowicz et al., 2020). Dit zorgt voor verstoorde communicatie in het veld van de online hulpverlening en heeft een negatieve impact

op het huidige onderzoeksveld hierrond. Zo is het bij een literatuurstudie moeilijk om een evenwichtig overzicht te krijgen, vermits onderzoekers vaak niet weten welke termen in te geven of delen van de literatuur missen door het ontbreken van specifieke termen (Smoktunowicz et al., 2020). Het is belangrijk om zich bij onderzoek toe te spitsen op een bepaalde vorm én duidelijk aan te geven wat er onder die vorm begrepen wordt.

Om structuur aan te brengen in deze verzameling van digitale therapievormen, wordt de indeling van Barak et al. (2009) gebruikt. Deze onderscheidt vier categorieën van internet-gebaseerde therapievormen: webgebaseerde interventies, online counseling en therapie, internet-bestuurde therapeutische software en andere online activiteiten. In deze masterproef ligt de focus op de categorie van online counseling en therapie. Bij de start van online hulpverlening bestond deze categorie voornamelijk uit tekst-gebaseerde interventies. Later is daar ook videobellen bijgekomen, dat zich kenmerkt door synchrone communicatie via audio en beeld. Dit blijkt de meest gebruikte vorm tijdens de overschakeling naar afstandstherapie tijdens de COVID-19 pandemie (Cantone et al., 2021).

De geschiedenis van psychotherapie via videobellen. De eerste rapportage van psychische hulp via videobellen dateert uit de jaren '50. Artsen gebruikten de televisie voor medische behandeling en educatie, wat al snel uitgebreid werd naar psychiatrische consultaties. Later kreeg het ook een plaats binnen training en onderzoek. In 1968 gebruikten hulpverleners voor het eerst telepsychiatrie voor consultaties bij veteranen, wat zich in de jaren '70 uitbreidde naar scholen, rechtbanken en gevangenis. De term 'telepsychiatrie' duikt voor de eerste keer op in een studie van 1973 (Vaitheswaran et al., 2012). Telepsychiatrie was een oplossing voor het ontbreken van psychiatrische diensten in bepaalde regio's (Brown, 1998).

Doorheen de tijd zijn de kosten voor het gebruik van videobellen en de omvang van het benodigde materiaal afgenomen en de kwaliteit van audio en beeld verbeterd (Brown, 1998). Vanaf de jaren '90 werd het gebruik veralgemeend, voornamelijk in Noord-Amerika en Australië. Het meer algemene gebruik was waarschijnlijk een gevolg van de daling van de kosten en een verbetering van de technologie (Vaitheswaran et al., 2012).

Historisch gezien was er altijd een bepaalde weestand tegen telepsychiatrie en later ook tegen telepsychologie. De bezorgdheid draait meestal rond dezelfde kernthema's: de vraag of technologie al voldoende ontwikkeld is om therapie te geven, de vrees dat technologie leidt tot oppervlakkige relaties en ethische bezorgdheden inzake het omgaan met crisissituaties (Hanley, 2020). Dit kan verklaren waarom het aanwenden van psychotherapie via videobellen, hoewel dit de laatste jaren geleidelijk aan is toegenomen (Fernandez-Alvarez & Fernandez-Alvarez, 2021)

en het steeds meer geaccepteerd werd (Hanley, 2020), beperkt bleef in de dagelijkse klinische praktijk.

Vermits het medium nog niet wijdverspreid was, had een groot deel van de therapeuten er nog geen ervaring mee voor de COVID-19 pandemie. Therapeuten waren tijdens de lockdown echter genoodzaakt hun praktijk op een andere manier verder te zetten, wat het gebruik van videobellen als medium voor psychotherapie heeft laten toenemen (Abraham et al., 2021; Markowitz et al., 2021; Rains et al., 2021; Wind et al., 2020) en de acceptatie ervan verder heeft gestimuleerd (Hanley, 2020).

De effectiviteit van psychotherapie via videobellen

Voor we het gebruik van deze vorm bestendigen is het belangrijk om na te gaan wat er geweten is over de effectiviteit van psychotherapie via videobellen (Smith et al., 2021).

Tevredenheid en ervaring van patiënten. De meeste studies geven aan dat de tevredenheid van patiënten bij therapie via videobellen even hoog ligt als bij de face-to-face therapie (Backhaus et al., 2012; Thomas et al., 2021). De meeste studies zijn echter kwantitatief en gericht op cognitieve gedragstherapie. In kwalitatief onderzoek lijken de patiënten aan te geven dat ze een voorkeur voor face-to-face therapie hebben (Thomas et al., 2021). Ze rapporteren dat ze bij videobellen het oogcontact missen, zich ongemakkelijker voelen en zich minder kunnen openstellen. Ze vinden het verder fijner om de het volledige lichaam te kunnen zien, voelen zich veiliger en meer gerustgesteld bij face-to-face therapie en kunnen hierdoor beter een band opbouwen met de therapeut. Anderen lijken hier echter geen last van te hebben (Haig-Ferguson et al., 2019). Ze voelen zich online minder zelfbewust, onder druk gezet en/of geïntimideerd bij videobellen (Thomas et al., 2021) en kunnen zich daar net beter openstellen. Anderen ervaren dan weer geen verschil tussen online en traditionele therapie (Haig-Ferguson et al., 2019). Er lijkt nog verder onderzoek nodig om na te gaan wat de ervaring van patiënten bepaalt.

Patiënten ervaren zowel voor- als nadelen bij online therapie. Een nadeel is bijvoorbeeld het niet kunnen zien van de het volledige lichaam. Voorbeelden van voordelen zijn de flexibiliteit, zoals het gemakkelijker inplannen van de sessies, en het kunnen volgen van therapie vanuit het comfort van je eigen huis (Haig-Ferguson et al., 2019).

In kwalitatieve studies wordt een initiële periode van discomfort en aanpassing gerapporteerd. Na deze periode voelen de patiënten zich comfortabeler met de technologie en hebben ze het gevoel dat ze meer natuurlijk kunnen omgaan met hun therapeut. Dit zorgt voor een vermindering van het discomfort (Thomas et al., 2021). De mate waarin patiënten zich comfortabel voelen bij de online therapie en of ze al dan niet al online therapie hebben gehad,

lijkt echter niet gerelateerd met de effectiviteit van de behandeling. Eerdere ervaring met therapie in het algemeen (niet specifiek via videobellen), blijkt wel gecorreleerd met het afmaken van een online therapietraject (Thomas et al., 2021).

Hoewel er variatie in de opinies zijn, lijkt een groot deel van de patiënten tevreden met hun online therapie. Een nuance die hierbij gemaakt dient te worden, is dat onderzoek een vrijwillige deelname vereist. Mogelijk hebben patiënten tijdens de ‘verplichte’ online hulpverlening omwille van de COVID-19 pandemie andere ervaringen gehad.

Psychotherapie via videobellen bij diverse problematieken. Het is verder niet noodzakelijk zo dat een hoge tevredenheid gepaard gaat met even goede effecten als bij traditionele therapie. Om de effectiviteit te kunnen bepalen, dienen we dit bij diverse doelgroepen en over diverse settingen te bekijken. In deze sectie zullen we de effectiviteit voor diverse problematieken, leeftijden en settingen (individueel, koppel, gezin en groepstherapie) bespreken.

Posttraumatische stressstoornis. Het meeste onderzoek over de effectiviteit van psychotherapie via videobellen gaat over patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Rees & Maclaine, 2015). Studies geven aan dat sommige patiënten met PTSS de grotere afstand tot de therapeut aangenaam vinden bij online therapie (Backhaus et al., 2012). De meeste studies rapporteren geen verschil in tevredenheid tussen online en traditionele therapie. Patiënten voelen zich even comfortabel bij de manier van communiceren, vinden de communicatie even kwaliteitsvol en zouden dit opnieuw doen (Yuen et al., 2015).

Met betrekking tot de effectiviteit geeft onderzoek aan dat cognitieve gedragstherapie via videobellen even goede effecten heeft voor de angstsymptomen van PTSS als traditionele therapie (Marchand et al., 2011; Yuen et al., 2015). Of online therapie ook even effectief is voor de depressieve symptomen van PTSS is echter nog niet duidelijk (Yuen et al., 2015).

Therapie via videobellen voor PTSS werkt even goed online, in ieder geval voor de angstsymptomen. Mogelijk geeft het voor sommige patiënten met PTSS ook meer veiligheid, waardoor het de drempel tot therapie zou kunnen verlagen.

Eetstoornissen. Backhaus et al. (2012) geven aan dat studies naar online therapie bij eetstoornissen over het algemeen een verbetering in symptomen aangeven. Deze studies gebruiken diverse indicatoren, zoals frequentie van overgeven en bingen, symptomen, kennis van voeding, gewicht en depressiesymptomen. Er waren echter geen controlegroepen aanwezig, waardoor we niet kunnen stellen hoe deze verbetering zich verhoudt tot de verbetering bij in de face-to-face setting (Backhaus et al., 2012). Ander onderzoek toont dat cognitieve gedragstherapie via videobellen voor depressieve symptomen bij vrouwen met boulimia nervosa

even effectief is als traditionele therapie. Online blijken zorgen rond eten en het lichaam echter minder af te nemen. Ook het overgeven blijft frequenter aanwezig na online therapie, al is er geen verschil in de frequentie van binge episodes. Patiënten schatten zelf hun kans op herstel even hoog in bij online therapie als face-to-face (Mitchell et al., 2008).

Verschillende stoornissen brengen wellicht hun eigen uitdagingen met zich mee. Zo stellen Crow et al. (2009) als hypothese dat patiënten een groter gevoel van controle hebben tijdens het videobellen over zich al dan niet engageren voor therapie. Iets wat een extra probleem kan zijn bij adolescenten met anorexia nervosa die vaak weinig motivatie hebben tot deelname aan therapie. Het is ook mogelijk dat zichzelf op het scherm zien meer schaamte en discomfort opwekt bij deze jongeren. Dit biedt langs de andere kant ook een opportuniteit tot exposure¹ (Crow et al., 2009).

Angst- en stemmingsstoornissen. Cognitieve gedragstherapie blijkt effectief in het reduceren van symptomen van depressie, angst en stress, en het verbeteren van de levenskwaliteit, zowel via videobellen als via face-to-face therapie (Stubbings et al., 2013; Rees & Maclaine, 2015). Een meta-analyse over de effectiviteit van therapie via videobellen voor angst-gerelateerde problemen vond dat 14 van de 21 studies significante verbetering toonden op metingen van angst. Zeven van de tien studies die een controlegroep hadden, gaven geen verschil aan in effectiviteit tussen videobellen en face-to-face therapie (Berryhill et al., 2019). Meer specifiek zijn er indicaties dat cognitieve gedragstherapie via videobellen wellicht even effectief is als traditionele therapie voor patiënten met een paniekstoornis, obsessie-compulsieve stoornis (OCD), sociale fobie en agorafobie (Thomas et al., 2021).

In verband met depressie vonden Backhaus et al. (2012) in hun meta-analyse zowel studies die een snellere afname in depressieve symptomen rapporteerden bij videobellen als studies die geen verschil vonden tussen online en face-to-face therapie. In de literatuur review van Thomas et al. (2021) vonden de auteurs enkel effectiviteitsonderzoek over cognitieve gedragstherapie-therapie via videobellen bij depressie. De auteurs stellen dat deze studies over het algemeen aangeven dat patiënten tevreden zijn met hun therapie en deze even effectief blijkt als face-to-face therapie.

Verslaving. Patiënten met een verslaving blijken tevreden met hun online therapie. De kwaliteit van de therapeutische relatie en de effectiviteit verschillen niet met die van traditionele

¹ Exposure is een techniek afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie. Het is het blootstellen van patiënten aan prikkels of situaties die bij hen angst oproepen. Deze kunnen gebruikt worden om nieuwe associaties te leren met de prikkels/situaties (gedragmatige aanpak) en/of het aanpakken van de overtuigingen die geactiveerd worden in zo'n situaties (cognitieve aanpak) (Gurman & Messer, 2005).

therapie (Backhaus et al., 2012; King et al., 2014). Opmerkelijk is de bevinding van King et al. (2014) dat patiënten gemiddeld een voorkeur hadden voor videobellen over traditionele therapie. Sommige patiënten gaven aan dat het praktischer was en dat ze het nieuwe eraan leuk vonden. Andere patiënten hadden wel moeite met technische problemen en verkozen de traditionele vorm (King et al., 2014).

Psychose. Online therapie kan mogelijk helpen om de aanwezigheid in therapie te verhogen bij mensen met een psychose (Lecomte et al., 2020; Sharp et al., 2011). Patiënten met psychose lijken dezelfde aspecten te appreciëren aan online groepstherapie als bij traditionele groepstherapie, namelijk normalisatie, socialisatie, interpersoonlijk leren en het delen van ervaringen (Lecomte et al., 2020). Patiënten blijken tevreden met het medium, waarbij een hogere verwerkingssnelheid gelinkt is aan meer acceptatie en tevredenheid (Sharp et al., 2011). Deze online groepstherapie blijkt ook effectief en kan leiden tot verbetering in zelfwaarde en psychotische symptomen (Lecomte et al., 2020; Sharp et al., 2011), al is er nog onduidelijkheid of het ook zorgt voor een verbetering in sociale steun (Lecomte et al., 2020).

Sommigen patiënten geven echter aan dat ze online sessies te lang vinden, terwijl dit nooit ter sprake is gekomen in een studie naar face-to-face therapie. Wellicht zijn er elementen van de online therapie die ervoor zorgen dat patiënten de sessies als te lang ervaren. Lecomte et al. (2020) gaven hier echter zelf geen verklaring voor in hun onderzoek. Een mogelijke verklaring is dat online therapie vermoeiender is. In een studie van Békés et al. (2020) gaven de therapeuten aan dat ze zich vermoeider voelden in online sessies. Het is echter geen evidentie dat dit ook het geval was bij de besproken patiënten.

In overeenstemming met andere studies vonden Lecomte et al. (2020) dat de grootste zorg van de groepstherapeut was dat de therapeutische relatie minder goed op te bouwen zou zijn online. Uit de studie blijkt echter dat patiënten geen problemen hadden om zich geconnecteerd te voelen met de groepstherapeut. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat sommigen van hen de therapeut wel al in het echt ontmoet hadden, wat de resultaten kan vertekenen.

Naast therapie hebben onderzoekers ook gekeken naar studies inzake assessment via videobellen bij psychose. Uit deze studies blijkt dat assessment betrouwbaar kan verlopen via videobellen, waarbij die betrouwbaarheid gelijkend is aan deze in persoon. Hierbij zorgde een hogere verwerkingssnelheid voor meer acceptatie en betrouwbaarheid aangezien er bij de lagere verwerkingssnelheid problemen kunnen optreden zoals het bevroren van het beeld, minder duidelijke spraak en een minder scherp beeld. Daarbij kan het trainen van interviewers in assessment via videobellen de betrouwbaarheid ervan doen toenemen (Sharp et al., 2011).

Over het algemeen is er weinig evidentie dat patiënten met psychose slecht zouden reageren op videobellen of dat dit medium hun symptomen zou doen toenemen, zelfs niet bij patiënten die wanen hebben inzake televisies of gemonitord worden. Er is lijkt net evidentie te zijn dat voor sommige patiënten videobellen een hogere mate van comfort biedt door de grotere afstand, waardoor de interactie minder angst uitlokt en minder overprikkelend is (Sharp et al., 2011).

Persoonlijkheidsstoornissen. Er lijkt op heden weinig onderzoek te zijn over de effectiviteit van therapie via videobellen voor persoonlijkheidsstoornissen. Onderzoek heeft wel aangetoond dat sommige therapeuten die dialectische gedragstherapie voor borderline persoonlijkheidsstoornis gebruiken moeite hadden met de omschakeling tijdens de COVID-19 pandemie. De therapeuten gaven aan dat videobellen niet met al hun patiënten mogelijk was, omdat niet iedereen over een goede verbinding, het juiste materiaal en een geschikte plaats beschikten. De therapeuten maakten zich zorgen omdat de abrupte omschakeling ervoor zorgde dat sommigen geen therapie meer kregen. Ze waren bang dat hierdoor de zelfisolatie en het zelfverwendend gedrag zou toenemen (Lakeman & Crighton, 2020).

Attention deficit and hyperactive disorder (ADHD). Ook voor andere problematieken staat het onderzoek nog in de kinderschoenen. Een pilootstudie naar therapie via videobellen voor families van adolescenten met ADHD toont op het eerste zicht weinig verschil tussen videobellen en face-to-face therapie. De aanwezigheid in de sessies was even groot, de therapeutische relatie was zowel voor de ouders als de adolescenten aanvaardbaar en de kernmechanismen van verandering (zoals de motivatie bij de adolescenten en de implementatie van de gedragsstrategieën door de ouders) waren voldoende aanwezig. Zowel de ouders als de adolescenten waren tevreden over de therapie en de symptomen namen aan hetzelfde tempo af als bij face-to-face therapie. De helft van de therapeuten gaf aan dat videobellen de therapie versterkte omdat de families minder moesten afzeggen, de sessies beter in hun planning pasten en de fysieke afstand geen probleem meer was (Sibley et al., 2017).

Langs de andere kant werden er ook enkele nadelen gerapporteerd, zoals een minder natuurlijke relatie, technische problemen en verstoringen tijdens de sessies (bv. leden die vertrokken midden in de therapie of niet-deelnemende familieleden die kwamen storen) (Sibley et al., 2017). Er is vanuit deze resultaten echter nog geen conclusie te trekken over de effectiviteit van therapie via videobellen bij ADHD.

Somatische klachten. Online therapie kan nuttig zijn voor patiënten die door hun ziekte minder goed op fysieke afspraken geraken. Dit werd aangegeven door jongen met chronische vermoeidheid en hun ouders. Hoewel ze online therapie als een nuttig medium zien, hebben ze toch de voorkeur voor face-to-face therapie. (Haig-Ferguson et al., 2019). Er is echter nog weinig

geweten over de effectiviteit van online therapie bij deze doelgroep of bij patiënten met andere somatische klachten.

Psychotherapie via videobellen bij diverse leeftijdsgroepen. Hoewel onderzoek aangeeft dat er geen link is tussen leeftijd en het al dan niet opnemen en afmaken van therapie via videobellen (Thomas et al., 2021), is het niet ondenkbaar dat online therapie met deze kinderen en ouderen zijn eigen uitdagingen met zich meebrengt. In het voorgaande bespraken we enkele onderzoeken met jongeren en kinderen. In wat volgt zullen we dieper ingaan op bevindingen inzake psychotherapie via videobellen bij kinderen, jongeren en ouderen.

Kinderen en jongeren. Pakyurek et al. (2010) stellen dat psychotherapie via videobellen voordeliger kan zijn voor bepaalde groepen van kinderen en jongeren. In hun artikel suggereren ze dat jonge kinderen minder terughoudend zijn, kinderen met gedragsstoornissen meer expressief, kinderen en jongeren met vertrouwensproblemen meer durven delen en kinderen met sociale angst of autisme meer betrokken zijn. Wellicht ervaren jongeren ook minder stigma wanneer ze consultaties doen via het internet. Deze vermoedens onderbouwen ze met case studies. Een voorbeeld hiervan is een jongen met ADHD die online zijn sessies wel kon uitzitten omdat hij het technologische aspect zo leuk vond. Een andere jongen met sociale moeilijkheden en aandachtstekort behield wel zijn aandacht tijdens de online sessies en kon in de camera kijken, terwijl hij gewoonlijk moeite heeft met oogcontact. Een meisje met depressieve klachten gaf aan zich meer comfortabel te voelen achter de camera, waardoor ze meer kon delen (Pakyurek et al., 2010). Recenter onderzoek geeft aan kinderen met een neurologische aandoening een betere therapeutische relatie rapporteren bij online gezinstherapie (Wade et al., 2020). Onderzoek lijkt te suggereren dat videobellen voor sommige kinderen een minstens even gewenste optie is.

Pakyurek et al. (2010) geven vier mogelijke voordelen van videobellen bij kinderen en jongeren. Ten eerste is het voor de meeste kinderen nieuw, waardoor ze het als ‘leuker’ zien en er enthousiaster voor zijn. Ten tweede hebben kinderen met autisme of ADHD wel vaker een interesse voor technologie, waardoor het gesprek gemakkelijker verloopt. Als derde is er de fysieke afstand – een factor die ook vaak voorkomt in onderzoek bij volwassenen – die ervoor zorgt dat ze minder het gevoel hebben dat de psychiater over hen oordeelt, waardoor ze vrij kunnen praten. Als laatste voordeel gaven ze aan dat de psychiater de familiale interacties in een meer natuurlijke setting observeert, waarbij de familie meer dagdagelijks gedrag stelt. Het blijkt dat online therapie voor deze doelgroep voordelen met zich kan meebrengen (Pakyurek et al., 2010). Er is echter nog een gebrek aan effectiviteitsonderzoek, waardoor we geen uitspraken kunnen doen over of deze voordelen ook leiden tot een betere prognose.

Niet alle kinderen en jongeren kunnen echter voldoende overweg met de technologie. In een studie van Haig-Ferguson et al. (2019) gaven jongeren aan dat er een assumptie heerst dat dit wel zo is. Ze gaven aan dat dit echter niet altijd het geval is. De jongeren die niet zo goed overweg konden met technologie misten hierdoor de nodige technische begeleiding. Het is bij elke leeftijdsgroep belangrijk om het videobellen voor te bereiden (Haig-Ferguson et al., 2019).

Ouderen. Naast jongeren vormen ook ouderen vaak een meer kwetsbare doelgroep. Er blijkt evidentie te zijn dat therapie via videobellen kan zorgen voor een verbetering van depressieve symptomen bij ouderen (Harerimana et al., 2019). Dit wordt bevestigd door een studie van Egede et al. (2015) die gedragsactivatie bij oudere mannen via videobellen vergeleek met dezelfde behandeling face-to-face. De daling in depressieve symptomen tot 12 maanden na het einde van de therapie was gelijk over de twee groepen. Verder was er ook geen verschil in mate van uitval tussen de twee groepen. De generaliseerbaarheid van deze resultaten is echter beperkt tot mannen met depressie die verder geen symptomen actieve psychose, verslaving, dementie of suïcidale ideatie vertonen (Egede et al., 2015). Een studie van Lichstein et al. (2013) met volwassenen ouder dan 50 jaar toont echter aan dat cognitieve gedragstherapie via videobellen zowel bij mannen als bij vrouwen symptomen van depressie en insomnia verbetert (Lichstein et al., 2013). Deze evidentie werd verder nog uitgebreid door een studie naar de effectiviteit van probleem-oplossingsgerichte therapie via videobellen bij depressieve ouderen die een grotere symptoomreductie rapporteert bij online therapie dan bij traditionele therapie. De auteurs gaven als mogelijke verklaring voor deze grotere effectiviteit dat de patiënten minder afgeleid waren bij het videobellen. De therapeuten rapporteerden namelijk dat er minder afleiding was en dat de online sessies korter waren dan de face-to-face sessies (Choi et al., 2014).

Ouderen geven aan zich comfortabel te voelen bij videobellen, waarbij hun attitude nog positiever kan worden over tijd (Harerimana et al., 2019; Lichstein et al., 2013). Ze blijven echter een voorkeur hebben voor face-to-face sessies (Harerimana et al., 2019; Ramos-Rios et al., 2012). Lichstein et al. (2013) vonden hier twee redenen voor: technische problemen (bv. verstoring van beeld en audio, wat voor afleiding zorgt en het gebrek aan fysieke aanwezigheid dat interpersoonlijke afstemming moeilijker maakt (bv. de lichaamstaal minder kunnen lezen). Hoewel ouderen zich tevreden voelen met online therapie, lijken ze toch een voorkeur voor traditionele sessies te behouden.

Niet alle ouderen voelen zich echter even comfortabel bij videobellen. Voornamelijk ouderen die vertrouwen hebben in telehealth en de technologie accepteren blijken het meer te gebruiken. Gebruik is verder ook afhankelijk van hun gewoontes inzake gezondheid, hun tevredenheid met traditionele zorgverlening en hun gedrag online (Choi et al., 2014). Er zijn

echter ook ouderen die obstakels rapporteren bij het medium. Zo is het nodige materiaal niet altijd beschikbaar en is de communicatie moeilijker bij ouderen die zicht – of gehoorproblemen hebben (Harerimana et al., 2019; Ramos-Rios et al., 2012). Tot slot is er ook onenigheid over de mate waarin online therapie haalbaar is voor personen met gevorderde dementie (Ramos-Rios et al., 2012). Er is nog meer onderzoek om na te gaan of videobellen haalbaar is voor de volledige oudere populatie (Ramos-Rios et al., 2012).

Videobellen blijkt een effectief medium te kunnen zijn bij ouderen die zich hier comfortabel bij voelen. Het is echter nog onzeker of deze resultaten ook gelden voor andere ouderen.

Psychotherapie via videobellen over diverse settingen De meeste studies over psychotherapie via videobellen gaan over individuele patiënten en minder over de groep-, koppel- of gezinssetting. Zo vonden Backhaus et al. (2012) in hun meta-analyse dat therapie via videobellen succesvol is in diverse settingen, zoals individuele therapie, familie therapie en groepstherapie, maar vonden ze geen studies over koppeltherapie via videobellen. Daarnaast ging ook slechts 29% over niet-individuele settingen. In een studie van Borcsa et al. (2020) vonden men dat de meeste systeemtherapeuten online voornamelijk individueel werken, terwijl slechts een klein deel therapie via videobellen aanbiedt aan gezinnen. Er is meer onderzoek nodig om na te gaan of deze settingen minder aangeboden worden online of dat ze louter onderbelicht zijn in onderzoek.

In de bespreking van de effectiviteit van videobellen bij diverse doelgroepen kwam groepstherapie kort aan bod bij de bespreking van psychose. Hieronder gaan we in op wat er geweten is inzake koppel- en gezinstherapie.

Koppeltherapie. Uit een doctoraat naar therapie via videobellen voor koppels bleek dat de koppels even tevreden waren met online therapie als met face-to-face therapie en deze als even effectief aanvoelden. Inzake de resultaten van de therapie was er ook geen verschil tussen beide groepen. Zowel koppels die face-to-face therapie volgden als zij die therapie via videobellen kregen, ervoeren een daling in distress, meer tevredenheid met hun relatie, meer onderlinge consensus en affectie en minder het gevoel dat ze elkaar wouden veranderen (Kysely, 2015).

Gezinstherapie. Omtrent gezinstherapie zijn er weinig studies te vinden die de effectiviteit nagaan. Matheson et al. (2020) bespreken in hun artikel wel enkele uitdagingen en opportuniteiten van videobellen bij familie therapie inzake eetstoornissen. Een eerste uitdaging is dat het vaak minder duidelijk is aan wie de boodschap of vraag van de therapeut gericht is. Verder spreken familieleden tijdens online therapie meer tegen het scherm dan tegen elkaar. Een

andere uitdaging is dat sommige patiënten meer afgeleid zijn in de thuisomgeving. Dit blijkt uit ervaring voornamelijk bij kleine kinderen het geval te zijn, maar treedt ook vaker op als de familieleden niet bij elkaar zijn en elk hun eigen scherm gebruiken. Videobellen brengt ook nieuwe acting-out mogelijkheden met zich mee, zoals het verbreken van de verbinding of het verlaten van de kamer (Matheson et al., 2020). Daarnaast moet de therapeut zich ook bewust zijn van diens eigen ruimte. Het tonen van het eigen huis kan een invloed hebben op de therapeutische relatie door sociale en culturele verschillen meer te benadrukken. Als laatste kan ook de autoriteit van de therapeut anders zijn. Patiënten voelen zich mogelijk minder verbonden en minder verantwoordelijk, waardoor ze minder engagement vertonen (Matheson et al., 2020).

De auteurs geven aan dat videobellen ook enkele opportuniteiten met zich meebrengt. Zo krijgen de therapeuten een beter zicht op de thuisomgeving en situatie, kunnen ze deze omgeving betrekken in het gesprek om een betere relatie op te bouwen (bv. huisdieren ontmoeten) en eventueel andere familieleden ontmoeten. Daarnaast hebben patiënten thuis vaak meer emotieregulatiestrategieën ter beschikking (zoals een eigen kamer of hun favoriete muziek). Hoewel in de thuisomgeving gewoontes meer ingebed zijn en de gedragingen hierdoor moeilijker te veranderen zijn in deze omgeving, biedt de thuisomgeving als leercontext ook kansen. Het nieuw aangeleerde gedrag hoeft niet meer overgedragen te worden naar de thuiscontext, waardoor er minder kans is dat het verloren gaat na de therapie. Sommige ouders voelen zich ook meer gesterkt wanneer ze zonder rechtstreekse hulp van de therapeut de nieuwe afspraken kunnen implementeren (Matheson et al., 2020).

Deze uitdagingen en opportuniteiten geven aan dat gezinstherapie online niet helemaal hetzelfde is als face-to-face. Of dit echter invloed heeft op de effectiviteit en therapeutische relaties, moet nog verder onderzocht worden (Matheson et al., 2020).

Conclusie over de effectiviteit van psychotherapie via videobellen De bovenstaande bevindingen suggereren dat therapie via videobellen even effectief is als face-to-face therapie voor bepaalde psychiatrische diagnoses. Er zijn echter nog doelgroepen die onderbelicht blijven qua problematiek, leeftijd en setting. Daarbij komt dat therapie via videobellen niet altijd even gewenst lijkt voor de patiënten of voor de therapeuten. In kwalitatief onderzoek geven ze namelijk vaak aan toch de voorkeur te hebben voor face-to-face therapie. Er valt nog geen éénduidige conclusie te trekken inzake de effectiviteit op basis van de huidige onderzoeken.

Een andere beperking is dat het meestal gaat over therapie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Thomas et al. (2020) geven in de conclusie van hun literatuurstudie aan dat er voornamelijk evidentie is voor gedragstherapie waar het spreken minder centraal staat. Ze stellen dat er nog onderzoek moet gebeuren naar de effectiviteit van therapieën via videobellen die meer

steunen op reflectie. Ook bij het schrijven van deze literatuurstudie valt op dat het meeste onderzoek gebeurde voor de cognitieve gedragstherapie. Hierbij kwamen echter ook wel meer cognitieve aspecten aan bod, wat aantoont dat er wel al onderzoek is inzake meer reflectie-gebaseerde therapieën. Andere therapievormen, zoals systeemtherapie en psychoanalyse blijven echter onderbelicht.

Men kan zich verder ook de vraag te stellen wat de meeste studies onder ‘evidentie voor effectiviteit’ begrijpen. Backhaus et al. (2012) constateerden dat 48% van de studies niet-gestandaardiseerde metingen gebruiken en dat 17% van de studies zelf niet aangeven welke metingen ze gebruiken om de effectiviteit na te gaan. Vaak worden er ook meetinstrumenten gebruikt die bedoeld zijn om een construct te meten, maar daarom niet per definitie ook een behandelingseffect (Truijens et al., 2021). Er is daarnaast ook een meer eenduidige visie nodig op wat een ‘effectieve behandeling’ is, hiervoor worden vaak verschillende definities gebruikt. Onderzoekers leggen daarbij vaak vast wat een effectieve behandeling is voor de patiënten. Het is echter mogelijk dat verschillende patiënten, verschillende doelen hebben of verschillende visies hebben op wanneer hun behandeling als effectief beschouwd kan worden (Truijens et al., 2021). Deze opmerkingen gelden uiteraard ook voor onderzoek naar face-to-face therapie, maar blijven desalniettemin een belangrijke nuance van de evidentie. Uit deze reflecties blijkt namelijk dat er ook een gebrek is aan kwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie via videobellen, waarbij patiënten meer vrijheid hebben om zelf aan te geven wat de effecten van hun online therapie waren en hoe ze dit beleefd hebben.

Onderzoek dient ook verder te gaan dan de ‘werkt het?’-vraag te gaan. Het is belangrijk ook na te gaan welke impact het medium heeft op het therapeutisch proces, voor wie online therapie werkt, onder welke omstandigheden en op welk moment. De antwoorden op deze vragen zullen zorgen voor een meer complex en genuanceerd beeld van online therapie. Dit zal ook helpen de praktijk te verbeteren en online therapie meer effectief te kunnen inzetten (Chen et al., 2020; Kotera et al., 2021; Smith et al., 2021). Tot op heden is er echter nog weinig procesonderzoek gedaan naar online therapie.

Het proces van psychotherapie via videobellen

In deze sectie gaan we hier dieper op in door de therapeutische relatie bij psychotherapie via videobellen te bespreken. Dit is één van de belangrijkste factoren voor verbetering bij traditionele therapie (Altmann et al., 2020; Freedman et al., 1999). Daarna bespreken we de impact van technische problemen, afleiding en de afwezigheid van verplaatsing bij online therapie. Als laatste bekijken we de rol van de therapeutische stroming.

Therapeutische relatie. Zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek suggereert dat therapeuten een positieve band kunnen opbouwen met hun patiënten bij online therapie. In de meeste studies scoren patiënten en therapeuten de relatie online even hoog als bij face-to-face therapie (Backhaus et al., 2012; Kind et al., 2014; Thomas et al., 2021). Therapeuten rapporteren tevreden te zijn met de therapeutische relatie die ze opbouwden met hun patiënten via videobellen, ondanks eventuele initiële bezorgdheden hierrond (Watts et al., 2020). Deze resultaten lijken ook van toepassing bij diverse doelgroepen (bv. ouderen) (Lichstein et al., 2013) en diverse settings (bv. bij koppels) (Kysely, 2015).

Daarnaast lijkt de therapeutische relatie zich gelijkaardig te ontwikkelen bij videobellen en face-to-face therapie. Deze ontwikkeling kenmerkt zich door een grotere stijging tijdens de eerste en de laatste sessies en meer stabilisatie in de tussenliggende sessies (Watts et al., 2020). Dit lijkt ook van toepassing op andere settings zoals koppeltherapie (Kysely, 2015).

In de literatuurstudie van Backhaus et al. (2012) zijn er slechts twee studies die online een zwakkere relatie rapporteren, waarvan het bij één van de twee studies ging om jongeren met epilepsie die de relatie slechter scoorden, terwijl hun ouders wel een even hoge score aangeven. De auteurs stellen de hypothese dat door de schade aan hun hersenen de jongeren het moeilijker hadden om sociale interacties tijdens videobellen te interpreteren. Ook jongeren uit een andere studie geven echter aan dat ze 'iets' missen bij het virtueel contact, moeite hebben om na te gaan hoe de ander zich voelt en minder diepgang ervaren bij online therapie (Haig-Ferguson et al., 2019). Dit is in tegenspraak met eerder genoemd onderzoek naar de therapeutische relatie bij kinderen waar kinderen met een neurologische aandoening de online relatie beter scoorden dan face-to-face (Wade et al., 2020). Er is nog onderzoek nodig naar de factoren die bepalen wanneer de relatie als beter of slechter gezien wordt.

Andere studies geven aan dat sommige patiënten de therapeutische relatie online hoger scoren (Stubbings et al., 2013; Thomas et al., 2021; Watts et al., 2020). Sommige patiënten vinden het gemakkelijker zich open te stellen bij online therapie vanwege de afstand (Haig-Ferguson et al., 2019). Hun therapeuten gaven echter vergelijkbare scores als bij traditionele therapie (Stubbings et al., 2013; Thomas et al., 2021; Watts et al., 2020). Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat therapeuten moeite hebben met het detecteren van emoties en het lezen van de lichaamstaal van hun patiënten via videobellen. Mogelijk vinden de therapeuten videobellen meer uitdagend dan hun patiënten, wat het verschil in scores zou kunnen verklaren (Thomas et al., 2021). Békés et al. (2021) vonden inderdaad dat hoe meer therapeuten zich zorgen maken inzake emotionele connectie, het uiten van empathie en het kunnen lezen van emoties via online

sessies, hoe slechter ze de relatie scoren. Dit geldt ook voor bezorgdheden omtrent moeilijkheden met professionele grenzen.

Er is echter ook onderzoek dat indiceert dat patiënten en hulpverleners emoties succesvol kunnen uiten en interpreteren via videobellen (Backhaus et al., 2012). Zo schrijven Oliver en Demiris (2010) in hun gevalstudie over psycho-educatie via videobellen dat de hulpverlener aangaf de juiste emotie bij de reactie van de patiënt te kunnen plaatsen, waardoor ze ook een gepaste empathische reactie kon geven. Hoewel therapeuten zich hier initieel vaak zorgen over maken (Békés et al., 2021; De Witte et al., 2021), lijken deze bezorgdheden bij de meesten af te nemen met gebruik van het medium (Békés et al., 2021), wat suggereert dat het lezen van emoties en uiten van empathie beter verloopt dan verwacht. Er is nog onduidelijkheid over hoe goed het lezen van emoties en non-verbale communicatie verloopt online.

Hoewel de therapeutische relatie één van de belangrijkste factoren is voor verandering bij traditionele therapie, zijn er indicaties dat deze geen voorspeller is bij online therapie. Zo vonden Knaevelsrud en Maercker (2006) in hun onderzoek naar de therapeutische relatie bij een kortdurende online therapie voor getraumatiseerde patiënten dat de scores van de patiënten en therapeuten van de relatie niet gelinkt zijn aan de uitkomst van de behandeling. De studie ging echter enkel over kortdurende cognitieve gedragstherapie bij PTSS en effectiviteit werd enkel bekeken als een daling in symptomen. De resultaten zijn niet te veralgemenen naar andere doelgroepen, vormen van therapie en uitkomstindicatoren. Daarbij is het volgens de auteurs ook mogelijk dat de therapeutische relatie anders verloopt online en later in het proces gemeten dient te worden om voorspellend te zijn.

Mogelijke bevestiging voor die laatste hypothese is te vinden in het onderzoek van Kaiser et al. (2021). Zij voerden een meta-analyse uit naar de link tussen de therapeutische relatie en uitkomsten van online interventies. Het onderzoek ging wel om diverse vormen van online interventies (videobellen, telefoon, chat en e-mail) en niet enkel over videobellen. De onderzoekers vonden echter geen verschil in de correlatie tussen de verschillende vormen, waardoor we kunnen aannemen dat de resultaten ook gelden voor videobellen specifiek. De onderzoekers vonden dat de link tussen de relatie en uitkomsten groter was indien de relatie meer naar het einde van de therapie gemeten werd. De auteurs maken hier wel de opmerking dat dit ook bij face-to-face therapie de relatie naar het einde toe meer voorspellend wordt, maar dat op dat moment in het proces de therapeutische relatie misschien eerder een indicatie is van hoe het proces verloopt, dan een voorspeller van de uitkomsten ervan. De hypothese is dat de relatie minder belangrijk is online dan in face-to-face therapie (Kaiser et al., 2022). Het is mogelijk dat de relatie minder voorspellend is bij online therapie.

Een andere hypothese is dat de therapeutische relatie wel even belangrijk is bij online therapie, maar niet even voorspellend voor specifieke uitkomsten (Kaiser et al., 2022). De bovengenoemde onderzoeken keken immers enkel naar de link tussen de relatie en symptoomverbetering, terwijl studies bij traditionele therapie ook keken naar meer algemene uitkomsten, zoals de quality of life. Fluckiger et al. (2018) vonden wel een even grote link bij online therapie als face-to-face met een variatie aan diverse uitkomstindicatoren, van symptoomreductie tot uitval. De link tussen de relatie en meer algemene indicatoren was sterker dan de link met stoornis specifieke indicatoren van uitkomst. Dit zou bewijs kunnen zijn voor deze hypothese.

Technische problemen. Onderzoek toont aan dat occasionele ontevredenheid over technische problemen weinig impact heeft op de algemene tevredenheid van patiënten met online therapie (Backhaus et al., 2012). Er lijkt geen link te bestaan tussen de kwaliteit van de beschikbare technologie en de mate waarin patiënten online therapie aanvaardbaar vinden. Patiënten ervaren technische problemen wel als frustrerend en afleidend en benoemen deze als een nadeel aan online therapie, maar dit heeft geen negatieve impact op hun engagement (Thomas et al., 2021). In overeenstemming hiermee blijken technische problemen geen invloed te hebben op de mate van symptoomreductie (Marchand et al., 2011). Tot slot blijkt dat ook niet alle patiënten technische problemen als storend ervaren (Haig-Ferguson et al., 2019).

Onderzoek suggereert dat videobellen in het algemeen non-verbale communicatie kan belemmeren (O'Connaill et al., 1993). Technische problemen in het bijzonder kunnen interfereren met de manier van converseren. Zo kan een vertraging in de verbinding zorgen voor problemen met het afwisselen van de beurt in het spreken en de interpretatie van stiltes (Frittgen & Haltaufderheide, 2020; Seuren et al., 2021). Technische problemen kunnen ook zorgen voor stemvervorming en achtergrondruis (Frittgen & Haltaufderheide, 2020). Onderzoek dient nog na te gaan wat hier de impact van is.

Afleiding. In de literatuur lijkt er onenigheid te bestaan over de mate van afleiding die online therapie veroorzaakt. In onderzoek van Choi et al. (2014) gaven therapeuten aan dat hun patiënten minder afgeleid waren tijdens de online sessies. Dit is in tegenspraak met onderzoek van Békés et al. (2020; 2021) en Békés et al. (2021) waarbij de therapeuten net meer afleiding bij hun patiënten rapporteerden. Een mogelijke verklaring is dat de verhoogde afleiding gelinkt is aan het van thuis uit volgen van online therapie. In het onderzoek van Choi et al. (2014) gebeurde namelijk zowel de face-to-face als de online therapie van thuis uit. De voornaamste afleidingen bij de face-to-face sessies waren dan ook gelinkt aan het eigen huis (bv. telefoon opnemen). Ander onderzoek geeft aan dat er meer afleiding is bij patiënten bij sessies via

videobellen van thuis uit dan bij face-to-face sessies in de praktijk en dat er nog meer afleiding is tijdens die sessies wanneer de therapeut ook thuis zit (Thomas et al., 2021).

Dit verklaart echter nog niet waarom die afleidingen gelinkt aan het eigen huis bij de studie van Choi et al. (2014) minder voorkwamen bij videobellen dan bij face-to-face. De auteurs suggereren dat het videobellen leidde tot een meer ‘professionele’ sfeer en meer investering van de patiënten in de therapie (Choi et al., 2014). Deze hypothese is echter in tegenspraak met onderzoek dat aangeeft dat sommige patiënten online sessies minder formeel behandelen – zo zijn er patiënten die therapie in hun pyjama volgen - en dat de therapeut online meer grenzen moet stellen om de focus te behouden (Thomas et al., 2021). Ook dit lijkt geen verklaring te kunnen zijn voor de tegenstrijdige bevindingen. Mogelijk ligt het verschil in de doelgroep. Het onderzoek van Choi et al. (2014) ging immers enkel over ouderen. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of leeftijd een rol speelt in de mate van afleiding online.

Békés et al. (2021) vonden dat de perceptie van therapeuten over moeilijkheden inzake afleiding toeneemt over tijd (terwijl de perceptie van andere moeilijkheden afnam in hun onderzoek). De auteurs geven mogelijke verklaringen voor de grotere afleiding in online sessies dan face-to-face en de gepercipieerde toename hiervan. De eerste mogelijke verklaring is dat tijdens de pandemie een groot deel van het leven online doorging, waardoor er meer meldingen van andere communicatiekanalen waren die voor afleiding konden zorgen. Deze verklaring is ook in overeenstemming met de bevindingen van Choi et al. (2014), aangezien dit onderzoek voor de pandemie plaatsvond. Dit kan verder ook verklaren waarom de perceptie van afleiding steeg. Hoe langer het leven online doorging, hoe meer aspecten er online te vinden waren en hoe meer afleiding deze boden.

Een tweede mogelijkheid die zowel de hogere afleiding online als de stijging hierin kan verklaren, is de zogenaamde ‘zoom fatigue’. Dit houdt in dat mensen meer vermoeid zijn omdat alles online doorgaat en dat ze hierdoor sneller afgeleid zijn. Ook deze verklaring is in overeenstemming met de bevindingen van Choi et al. (2014) waar ‘zoom fatigue’ geen rol kon spelen.

Een derde mogelijke verklaring is dat online sessies minder ‘overgang’ bieden van het dagelijks leven naar de therapie. Bij face-to-face therapie moet de patiënt fysiek onderweg zijn, wachten in een wachtruimte en dan een andere ruimte betreden. Bij online therapie dient men enkel in te loggen. Hierdoor maken patiënten misschien ook mentaal minder de overgang. Deze shift in mindset kan helpen om in de sessies meer aandachtig te zijn en minder afleiding te ervaren. Het gemis van dit overgangsproces werd ook aangegeven door zowel therapeuten als patiënten in een studie van Garcia et al. (2021) naar hun beleving van online sessies.

Patiënten en therapeuten kunnen ook meer afgeleid zijn online omdat ze zichzelf zien op het scherm. Dit kan de aandacht meer op hun uiterlijk vestigen (Békés et al., 2021) i.p.v. op de interactie (Garcia et al., 2021). Mogelijk was er in de studie van Choi et al. (2014) geen eigen beeld aanwezig op het scherm, waardoor het daar niet voor afleiding kon zorgen.

Békés et al. (2021) stellen dat het ook mogelijk is dat de technologie op zich voor meer afleiding zorgt. Naarmate de technologie minder nieuw is, is er minder aandacht voor nodig, waardoor men zich meer kan focussen op de sessies. Hieromtrent dient echter nog onderzoek gevoerd te worden.

De afwezigheid van verplaatsing bij online therapie. Zoals beschreven bij ‘afleiding’ volgen de meeste patiënten online therapie van thuis uit, waardoor de verplaatsing heen en terug wegvalt. Hierdoor valt er ook een stuk ‘overgang’ weg, een tijd die gebruikt kan worden om zich voor te bereiden op de sessie (Békés et al., 2021; Garcia et al., 2021) en om de sessie achteraf te verwerken (Garcia et al., 2021). Deze voorbereiding houdt een verandering van mindset in (Békés et al., 2021), waarbij de patiënt zijn andere dagelijkse sociale rollen en modi even kan loslaten (Sayers, 2021). Deze rollen na de sessie niet direct terug moeten opnemen, geeft de patiënt de tijd om de sessie eerst even te kunnen verwerken. Thuis is het echter mogelijk dat men meteen na het sluiten van de computer opnieuw een andere rol moet opnemen (bv.: de ouderrol) (Sayers, 2021). Sommige patiënten rapporteren verder dat ze bij therapie van thuis uit missen hun moeilijkheden in de therapieruimte te kunnen achterlaten en zich weer hernieuwd te voelen bij het thuiskomen (Garcia et al., 2021). Sayers (2021) vult hierbij nog aan dat zich moeten verplaatsen kan zorgen dat sommige patiënten ook letterlijk even weg kunnen zijn van de moeilijkheden thuis.

Conclusie over het therapeutisch proces online. Hoewel het moeilijker kan zijn, lijkt het wel mogelijk om een sterke therapeutische relatie op te bouwen online. Technische problemen en afleiding kunnen storend zijn, maar lijken weinig invloed te hebben op de effectiviteit. Het ontbreken van de verplaatsing kan een groter probleem vormen bij online therapie. Hier moet nog meer onderzoek over gevoerd worden.

Procesonderzoek naar psychotherapie via videobellen staat echter nog in de kinderschoenen. Anderzijds kunnen we hierover ook leren uit de rapportage van de beleving van therapeuten. Het is mogelijk dat het proces anders verloopt bij diverse soorten therapie, vermits deze andere theoretische kaders gebruiken. Vermits therapeuten gebruik maken van deze theoretische kaders, dienen we eerst deze kaders van dichtbij te bekijken vooraleer we de ervaring van therapeuten kunnen bespreken.

Therapie over diverse therapeutische stromingen

Zoals hierboven aangegeven, gaat het meeste onderzoek over een cognitieve gedragstherapeutische benadering en komen andere vormen, zoals systeemtherapie of psychoanalyse minder aan bod (Backhaus et al., 2012; Thomas et al., 2021). Het is echter mogelijk dat diverse therapiescholen verschillende criteria hanteren over wat een geslaagde therapie inhoudt en welke elementen essentieel zijn voor het therapeutisch proces. Daarom is het belangrijk om kort een overzicht te geven van wat een geslaagde therapie is volgens de diverse therapiescholen. De focus ligt hierbij op cognitieve gedragstherapie, (lacaniaanse) psychoanalyse en systeemtherapie. Deze keuze werd gemaakt omdat deze het meeste voorkomen aan de opleiding tot klinisch psycholoog aan de Universiteit Gent, waardoor deze het meest vertrouwd zijn voor de onderzoeker. Toekomstig onderzoek kan zich nog toespitsen op andere scholen, zoals client-centered therapie.

Geslaagde therapie volgens de diverse therapiestromingen Vooreerst dienen we op te merken dat de diverse therapiescholen naast verschillen ook aspecten gemeenschappelijk hebben, de zogenaamde niet-specifieke factoren. Dit zijn onder andere de verwachtingen van de patiënt en therapeut, de geloofwaardigheid en de therapeutische relatie (Powers et al., 2017). Om na te gaan op welke punten de theoretische stromingen verschillen, moeten we ons richten op de specifieke factoren. In de volgende sectie bespreken we deze en exploreren we de specifieke visie en focus van elke therapieschool.

Psychoanalyse. Het doel van de behandeling bij psychoanalyse is het wijzigen van de verhouding van de patiënt t.o.v. anderen en het huidige discours in zijn maatschappij (wat Lacan samenneemt onder de noemer van ‘de Ander’). De focus ligt niet louter op het verminderen van de symptomen, een gedragsverandering of het verhogen van inzicht (Verhaeghe, 2009). De focus ligt op het meester worden van het eigen verhaal, waarbij de patiënt dit niet langer ziet als het verhaal van een ander, maar actief zelf het eigen verhaal interpreteert (Desmet, 2019). Lacan beschreef in die zin de taak van de therapeut als een ‘leegmakende operatie’, waarbij deze de patiënt helpt zich te ontdoen van de verwachtingen, verlangens en interpretaties van de Ander, opdat de patiënt zelf antwoorden kan formuleren op existentiële vragen (Verhaeghe, 2009).

Desmet (2019) beschrijft het analytisch proces als het onderwerpen van de klachten en symptomen aan een logische analyse. Hij stelt dat onbewuste psychische materie (opnieuw) bewust gemaakt wordt waardoor het zijn pathogeen effect verliest. Dit opnieuw bewust maken gebeurt a.d.h.v. de vrije associatie, wat inhoudt dat de patiënt zo vrij mogelijk spreekt met zo weinig mogelijk censuur. Deze dient m.a.w. alles te zeggen wat in diens gedachtestroom opkomt. Hierin verschijnen ook de onbewuste elementen, waardoor ze weer bewust worden. Dit proces

blijft herhaald worden, wat ervoor zorgt dat de logica van de gedachtegang geleidelijk aan duidelijker wordt. Via het inzien van die logica leert de patiënt deze onbewuste elementen te aanvaarden, waardoor die minder nood heeft om via zijn symptomen te spreken. Hierdoor verliezen ze hun reden van bestaan en verdwijnen ze uit de subjectieve ervaring (Desmet, 2019; Prochaska & Norcross, 2018). Dit proces gaat gepaard met meer inzicht in wat de ‘Ander’ van ons verlangt en hoe dit ons eigen verlangen compliceert. Hierover reflecteren in de sessies emancipeert de patiënt om meer het eigen verlangen voorop te stellen (Desmet, 2019).

Freud stelde dat er geen interventies zijn waarvan hij kon zeggen dat hij deze niet zou gebruiken onder de juiste omstandigheden. Het primaire criterium voor het gebruik van een bepaalde interventie is afhankelijk van de situatie en de specifieke patiënt. Een interventie moet in de eerste plaats zorgen voor een continuering van de spraak van de patiënt. Stille kan bijvoorbeeld zorgen voor meer vrije spraak, maar op de verkeerde momenten of indien de therapeut dit niet goed hanteert, veroorzaakt het net inhibitie in spreken. In die zin kan psychoanalyse meer gezien worden als een kunst dan een specifieke techniek (Desmet, 2019).

Cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is een verzameling van interventies die focussen op affect, gedragingen en cognities. De mechanismen van verandering worden opgedeeld in gedrags- en cognitieve processen, al is dit vaak een artificiële opdeling en blijken beide wegen vaak even effectief (Powers et al., 2017). De cognitieve gedragstherapie ontwikkelde zich in drie fases.

De eerste generatie gedragstherapie richt zich voornamelijk op waarneembaar gedrag en de interactie ervan met specifieke omgevingskenmerken. Het doel is om het gedrag te veranderen (Prins et al., 2018). Een voorbeeld hiervan is het uitdoven van angst via blootstelling aan de gevreesde objecten of situaties. Een techniek die men exposure noemt (Gurman & Messer, 2005). Het cognitieve aspect werd gezien als een bijverschijnsel (Prins et al., 2018). Dit veranderde bij de tweede generatie gedragstherapie, waarbij men cognities wel ziet als functionele onderdelen in de gedragsketen. Dit was de start van de cognitieve gedragstherapie. De focus ligt niet enkel meer op het verminderen van het probleemgedrag, maar ook op het veranderen van het denken en van onderliggende informatieverwerkingsprocessen (Prins et al., 2018). Denkfouten die leiden tot maladaptief gedrag worden geïdentificeerd en veranderd (Powers et al., 2017). Het blijkt echter dat bijvoorbeeld de mate van angstuitdoving niet altijd de mate van angst op het einde van de therapie voorspelt (Powers et al., 2017). De derde generatie cognitieve gedragstherapie richt zich minder op het direct veranderen van gedachten, gedrag en gevoelens, maar meer op de functie ervan en hoe deze zich manifesteren in een bepaalde context. Het is meer gericht op ‘verdragen’ en afstand nemen van de gedachten en gevoelens (Prins et al.,

2018). Hierdoor komt de focus eerder op de kwaliteit van leven dan op symptoomreductie te liggen (Powers et al., 2017).

Vergeleken met de visie van de psychoanalyse, ligt de focus bij cognitieve gedragstherapie wel eerder op symptoomreductie, gedragsverandering en/of het verhogen van inzicht. Terwijl psychoanalyse probeert aan te tonen dat symptomen minder irrationeel zijn dan ze in eerste instantie lijken, probeert de therapeut bij cognitieve gedragstherapie de irrationaliteit van de symptomen te tonen in de hoop dat de patiënt deze loslaat (Desmet, 2019). Hierbij dienen we echter op te merken dat de nieuwe trends in cognitieve gedragstherapie de focus meer leggen op het verhogen van de kwaliteit van leven. De primaire focus is niet meer zozeer het veranderen van ‘foutief’ gedrag en denken, maar acceptatie, zelfcompassie en afstand nemen van. Dit sluit al meer aan bij het psychoanalytische idee van afstand nemen van de verwachtingen van de Ander. Opmerkelijk is wel de grote focus op het individuele, waarbij psychoanalyse en systeemtherapie een stoornis in verhouding tot anderen zien. In de volgende alinea’s bespreken we wat die visie van de systeemtherapie precies inhoudt.

Systeemtherapie. Systeemtherapie stelt dat lijden zich voordoet binnen een systeem en therapeuten bijgevolg met dit systeem moeten werken in de behandeling. Het systeem is de manier waarop de cliënt ingebed is in een netwerk van relaties en hoe deze relaties concreet vorm krijgen. Dit vormt een verschil met de psychoanalyse die enerzijds ook kijkt naar de beleving van relaties, anderzijds minder focust op de concrete manifestaties ervan (PsychoseNet, 2017) zoals het ontdekken van bepaalde patronen. De systeemtherapie richt zich meer op interpersoonlijke factoren dan persoonlijke factoren. De nadruk ligt op drie niveaus: gedragspatronen die de problemen in stand houden, problematische overtuigingen (belief systems) en contextuele factoren (historisch, contextueel en constitutioneel) (Carr, 2012).

Onderzoek naar de beleving van patiënten van verandering in systeemtherapie toont dat dit een proces van deconstructie en reconstructie van het zelf is, waarbij men aan zelfexploratie en zelfontdekking doet. Dit sluit aan bij het idee van narratieve therapie, waarbij het gaat om de- en reconstrueren van het narratief van de patiënt. Het gaat erom zelf nieuwe betekenis te verlenen aan het leven en een nieuwe identiteit te creëren. Reflexiviteit en zelfbewustzijn zijn hierbij belangrijk (Dourdouma et al., 2020).

Het idee van een reconstructie van het narratief van de patiënt lijkt aan te leunen bij het idee van een ‘leegmakende operatie’, wat Lacan ziet als het doel van psychoanalyse (Verhaeghe, 2009). Het idee van reflexiviteit en zelfbewustzijn lijkt aan te sluiten bij de visie van Freud op psychoanalyse. Het doel bij zijn therapie is om het onbewuste weer bewust te maken om zo inzicht te verhogen (Prochaska & Norcross, 2018).

Therapeutische verandering ziet men als een tweede orde verandering. Eerste orde verandering gaat over oppervlakkige verandering, probleemoplossing en symptoomverlichting (Dourdouma et al., 2020). Dit lijkt aan te leunen bij de beginjaren van de (cognitieve) gedragstherapie en substromingen zoals oplossingsgerichte therapie. Tweede orde verandering is een diepere structurele verandering, waarbij de fundamentele structuur van een systeem permanent opnieuw ontworpen wordt. Dit soort verandering sluit aan bij de subjectieve beleving van de patiënten in de studie van Dourdouma et al. (2020) en zou geassocieerd zijn met het winnen van inzicht en het ontwikkelen van nieuwe perspectieven op een probleem, de wereld en het zelf (Dourdouma et al., 2020). Dit lijkt aan te sluiten bij verdere ontwikkelingen van cognitieve gedragstherapie, die er kwamen met de introductie van cognitieve elementen en later met focus op kwaliteit van leven en acceptatie.

Via deconstructie en reconstructie van het zelf krijgt de patiënt meer inzicht. De therapeutische relatie biedt hierbij een corrigerende ervaring (Dourdouma et al., 2020). Een corrigerende emotionele ervaring met de therapeut zorgt ervoor dat de patiënt anders gaat denken, voelen en/of handelen. De ervaring verschilt van vroege ervaringen met familie en de maatschappij en corrigeert deze op die manier (Murray, 2002). Dit lijkt aan te sluiten bij het idee van psychoanalyse waarbij het doel is om de verhouding t.o.v. de Ander te wijzigen via de therapeutische verhouding (Verhaeghe, 2009).

Conclusie over therapie bij diverse therapeutische stromingen. Op het eerste zicht lijken de diverse stromingen sterk te verschillen m.b.t. hun visie en doel. Als we echter meer in detail kijken, merken we dat er ook een aantal overeenkomsten zijn. Zo lijken de drie stromingen in meer of mindere mate te focussen op afstand nemen van overtuigingen en verwachtingen die van buitenaf komen. De drie stromingen hebben echter een andere benadering over hoe dit bereikt kan worden en leggen een andere focus in hun aanpak. Hierdoor is het mogelijk dat online therapie anders verloopt voor de drie stromingen.

Zoals eerder aangegeven is er echter meestal een focus op cognitieve gedragstherapie in onderzoek. Om na te gaan hoe de beleving van online therapie verschilt over de drie stromingen, kunnen we de beleving van therapeuten uit deze stromingen onderzoeken. Hiervoor dienen we eerst na te gaan wat er geweten is over de beleving van therapeuten.

De visie van therapeuten op psychotherapie via videobellen

De visie van therapeuten is belangrijk om na te gaan of psychotherapie via videobellen effectief is en om te onderzoeken hoe het therapeutisch proces online werkt. En uiteraard heeft de visie van therapeuten op het al dan niet gebruiken van deze vorm. en zo ja, op welke manieren ze hem gebruiken. Zo blijken de mate waarin therapeuten digitale therapie als bruikbaar en nuttig

zien de meest directe voorspellers voor hun gebruik (Lazarus & Dokou., 2016; Pierce et al., 2020).

De algemene attitude en visie op effectiviteit. De meeste therapeuten hebben een positieve attitude t.o.v. psychotherapie via videobellen (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Connolly et al., 2020), zelfs wanneer ze therapie via videobellen als minder effectief zien (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Therapeuten blijken tevreden met het medium en de therapeutische relatie die ze daarbij opbouwen (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Connolly et al., 2020). De meesten hebben de intentie om dit verder te gebruiken en zien videobellen als een belangrijke en acceptabele manier om therapie te geven (Connolly et al., 2020).

Hoe meer uitdagingen therapeuten zien, hoe negatiever hun attitude en visie op de effectiviteit van online therapie. Zo hebben therapeuten die meer emotionele uitdagingen zien en zich meer zorgen maken over de privacy van hun patiënten online, een negatievere visie op de effectiviteit van dit medium. Ervaring met het medium kan deze attitude, hun visie op effectiviteit en perceptie van uitdagingen verbeteren. Enkel afleiding en technische problemen vonden de therapeuten meer storend doorheen de tijd (Békés et al., 2021).

Ook Cantone et al. (2021) vinden dat therapeuten een aantal uitdagingen zien bij online therapie. Slechts 2% van de steekproef rapporteerde geen verschil tussen online en face-to-face werken en 3% vond online werken meer relaxed dan face-to-face sessies. De rest van de steekproef rapporteerde meer uitdagingen bij online therapie. In tegenstelling tot Békés et al. (2021) vonden deze onderzoekers echter dat de meeste therapeuten de uitdagingen storender vonden met meer ervaring. 44% van hun steekproef werd net kritischer over tijd.

Er lijkt variatie in de attitude van therapeuten t.o.v. online therapie. De factoren die deze variatie verklaren zullen verder in deze masterproef aan bod komen. Eerst zullen we meer in detail ingaan op de visie en beleving van therapeuten inzake online therapie. Wanneer de therapeuten naar hun visie wordt gevraagd, maken ze overwegingen inzake praktische aspecten, het onlineproces en hun patiënten. Deze zullen we één voor één bespreken. Daarna gaan we dieper in op hun persoonlijke beleving.

Praktische overwegingen. Een eerste praktische overweging draait rond de technologie. Diverse studies rapporteren dat therapeuten zich zorgen maken over de technologie en technische problemen bij sessies via videobellen (Aafjes-van Doorn et al., Békés et al., 2021; Connolly et al., 2020; Haig-Ferguson et al., 2019; Pakyurek et al., 2020), en hier ook effectief moeilijkheden mee ondervinden (Borcsa et al., 2020). Uit onderzoek blijkt dat de bezorgdheid inzake technische problemen enkel toenemen met ervaring (Békés et al., 2021).

Zowel therapeuten als patiënten rapporteren dat technische problemen de belangrijkste oorzaak zijn voor breuken in het gesprek. Vooral een vertraging in de verbinding die ervoor zorgt dat de communicatie niet langer synchroon verloopt, vinden ze storend (Garcia et al., 2021). Daarnaast zorgt de technologie ook voor uitdagingen voor het uitvoeren van specifieke interventies. Zo moet men bij cognitieve gedragstherapie een andere manier vinden om schema's te tekenen met de patiënten. De therapeuten moesten hiervoor creatief en flexibel genoeg zijn om hun aanpak aan te passen aan het medium (Smith & Gillon, 2021).

Een tweede praktische kwestie waar meerdere therapeuten zich zorgen over maken is het niet vinden van een geschikte plaats voor therapie, zowel voor hun patiënten als voor zichzelf (Békés et al., 2021). Sayers (2021) gaf aan dat hij opmerkte dat patiënten vaak moeite hebben om een voldoende afgezonderde plek te vinden om therapie te volgen. Zo heeft hij patiënten die de therapie vanuit de auto volgen omdat hun partner thuis is of die telkens van plek wisselen om toch maximale privacy te hebben.

Een derde praktische bekommernis is dat er te veel afleiding zou zijn tijdens online sessies (Békés et al., 2021). Deze afleiding zou bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van onderbrekingen tijdens de sessies (Connolly et al., 2020; Pakyurek et al., 2020), die vaker gebeuren wanneer men in de eigen omgeving therapie volgt of geeft, of die een gevolg zijn van technische storingen (Sayers, 2021). Wanneer deze onderbrekingen zich voordoen nadat een patiënt zich wat meer heeft opengesteld, kan het voor de therapeut vervelend zijn om er op dat moment niet te kunnen zijn voor de patiënt. Dit kan angst veroorzaken bij de therapeut dat de patiënt zijn vertrouwen zou verliezen om nog zo open te zijn (Sayers, 2021).

Een aantal therapeuten gaven ook praktische voordelen. Zo vinden ze dat online therapie meer flexibiliteit biedt, zowel voor de patiënt als voor de therapeut. Verder zou online therapie volgens sommige therapeuten ook de samenwerking met andere clinici faciliteren en kan het volgens hen het comfort van de patiënt verhogen (Connolly et al., 2020).

Als laatste rapporteren een aantal therapeuten dat ze zich zorgen maken inzake kwesties van veiligheid, legaliteit en vertrouwelijkheid (Békés et al., 2020; Connolly et al., 2020). Thomas et al. (2021) vonden in hun literatuurstudie dat er inzake privacy online zowel voordelen (bv. mensen uit je omgeving zien je als patiënt niet naar therapie gaan) als nadelen (bv. andere gezinsleden die kunnen meeluisteren) zijn. Therapeuten lijken echter vooral de nadelen ervan te zien. In een studie met systeemtherapeuten van Borcsa et al. (2020) maakte meer dan de helft zich zorgen over de vertrouwelijkheid bij het gebruik van internet-tools, terwijl minder dan de helft zich (ook) zorgen maakte over ethische en legale kwesties. Er zijn echter ook veel studies die geen bezorgdheden inzake digitale privacy rapporteren (Thomas et al., 2021). Tot slot stellen

therapeuten dat al dan niet online therapie krijgen een keuze dient te blijven (Haig-Ferguson et al., 2019).

Overwegingen omtrent het therapeutisch proces. Naast praktische overwegingen, is ook het verloop van het therapeutisch proces een belangrijke overweging voor therapeuten. Sommige therapeuten maken zich zorgen inzake het gebruik van videobellen bij bepaalde groepen (bv. kinderen) en bepaalde stoornissen of zijn bezorgd dat bepaalde interventies minder goed zouden lukken online (De Witte et al., 2021). Therapeuten lijken online niet automatisch evenveel vertrouwen te hebben in het therapeutische proces.

In deze sectie gaan we dieper in op de visie van therapeuten op non-verbale communicatie, de therapeutische relatie, oogcontact, stiltes, zichzelf zien op het scherm, de omgeving, assessment en risicoanalyse bij online therapie.

De therapeutische relatie. Therapeuten maken zich zorgen dat het moeilijker zou zijn om via videobellen een goede therapeutische relatie op te bouwen met hun patiënten (Békés et al., 2021; Borcsa et al., 2020). 70% van de systeemtherapeuten in een studie van Borcsa et al. (2020) gaf aan problemen te ervaren in de therapeutische relatie tijdens online sessies. Ook therapeuten van andere stromingen (cognitieve gedragstherapie en onbepaald) maken zich zorgen inzake de therapeutische relatie en zijn bezorgd dat videobellen meer onpersoonlijk is (Connolly et al., 2020; De Witte et al., 2021). Sommige therapeuten en patiënten rapporteren dat het gesprek minder spontaan verloopt bij online therapie (Garcia et al., 2021).

Hierbij aansluitend zijn er ook therapeuten die vrezen dat bij online therapie de patiënt gemakkelijker een masker kan ophouden. Ze vrezen dat patiënten zich gemakkelijker kunnen verstoppen achter het beeld van zichzelf dat ze willen tonen aan de therapeut (Roesler, 2017). Bij de psychoanalyse is het de bedoeling dat de eigen ‘verdeeldheid’² naar voor komt. Hier is echter onbewuste weerstand tegen (Desmet, 2019). Therapeuten suggereren dat het online moeilijker is deze weerstand te doorbreken (Roesler, 2017). De patiënt vormt verder niet enkel een beeld van zichzelf, maar ook van diens therapeut. Ook dit beeld dient doorbroken te worden (Roesler, 2017). Sommige therapeuten vrezen dat er bij online therapie niet voldoende informatie is om dit beeld van de therapeut te corrigeren (Roesler, 2017). Anderen geven echter aan dat dit wel kan gebeuren als de therapeut thuis werkt, omdat daar vaak meer persoonlijke elementen verschijnen die het beeld kunnen doorbreken (Lysaker et al., 2020).

Verder durfde een cognitieve gedragstherapeut uit de studie van Garcia et al. (2021) minder risico nemen omtrent de relatie in online therapie. Deze therapeut gaf aan online minder

² Verdeeldheid is een concept uit de psychoanalyse. Het slaat op de inconsistentie van de eigen beleving (Desmet, 2019).

interventies die de verderzetting van de therapie in vraag stellen – die hij gebruikt ter confrontatie – te durven gebruiken (Garcia et al., 2021). Dit sluit aan bij de ervaringen van Sayers (2021) die stelt dat er bij online therapie non-verbale communicatie verloren gaat, waardoor hij de therapeutische relatie minder goed kan aanvoelen. Zo zeggen therapeuten ook minder goed te kunnen aanvoelen wanneer humor gepast is en wanneer niet (Smith & Gillon, 2021). Dit minder goed aanvoelen leidt tot meer onzekerheid volgens sommige therapeuten, wat voor hen net in tegenspraak is met de zekerheid die ze proberen te installeren om zo een goede band te kunnen opbouwen met hun patiënten (Roesler, 2017).

Aan de andere kant zijn er ook therapeuten die rapporteren dat ze de therapeutische relatie even goed vinden via videobellen als bij face-to-face sessies (Wade et al., 2020). Sayers (2021) gaf aan dat de ‘veiligheid van de afstand’ het delen van moeilijkheden bevordert voor een deel van zijn patiënten. Dit komt volgens hem de therapeutische relatie ten goede. Een verklaring voor de onenigheid over de kwaliteit van de therapeutische relatie online zou kunnen zijn dat eigenschappen van de patiënt bepalen of de relatie online beter, slechter of even goed is. Een andere verklaring kunnen we vinden in een studie van Garcia et al. (2021) naar de beleving van zowel therapeuten als patiënten inzake de overgang van face-to-face sessies naar online therapie. De therapeuten en hun patiënten gaven aan dat een therapeutische relatie die opgebouwd is tijdens face-to-face sessies sterk genoeg is om deze overgang aan te kunnen. Ze benadrukten wel het belang van deze initiële face-to-face sessies voor de opbouw van de relatie. Het al dan niet online gestart zijn zou een invloed kunnen hebben op de beleving van de therapeutische relatie bij videobellen.

Eén van de psychoanalytici uit de studie van Garcia et al. (2021) vindt dat de relatie structureel verandert bij de overgang naar online therapie. Bij face-to-face sessies heeft de therapeut meer controle over de ruimte en de indeling ervan. De therapeut bepaalt hoe de therapieruimte ingedeeld is. Bij online therapie zitten beide partijen echter vaak in hun eigen leefomgeving, wat zorgt dat ze in een meer op elkaar gelijkende situatie zitten. Deze omstandigheden zorgen volgens de therapeut voor een meer horizontale relatie (Garcia et al., 2021), iets wat ook in ander onderzoek aangegeven wordt (Thomas et al., 2021). Ook Scharff (2018) gaf aan dat bij online therapie de ruimte meer samen opgebouwd is door de geest van de therapeut en de patiënt dan bij face-to-face therapie, wat zorgt voor een verminderd machtsverschil. Dit kan volgens Scharff (2018) bevrijdend werken voor sommige patiënten.

Als laatste bespreken een aantal psychoanalytici het fenomeen van ‘containment’ bij online therapie. Containment houdt in dat de patiënt voelt dat de therapeut en/of de therapeutische ruimte een veilige plaats is waar hun lijden een plek kan krijgen. Het is een gevoel

van geborgenheid dat zowel aan de therapeut als aan de ruimte gelinkt kan zijn. Sayers (2021) bespreekt de reflecties die Lemma (2017) in het boek 'The Digital Age on the Couch' aanhaalt. In de containertheorie van Wilfred Bion stelt hij dat de therapeut een 'container' is voor de patiënt, net zoals een moeder voor haar kind. De therapeut ziet de emotionele pijn van de patiënt, neemt deze over, toont die aan de patiënt en toont hierbij ook hoe ermee om te gaan. Deze spiegelingen en demonstraties van 'containment' van de eigen emoties verlopen via lichamelijke signalen. Lemma (2017) stelt dat de verminderde lichamelijke signalen bij online sessies dit proces in de weg kunnen staan. Hierdoor kan het zijn dat de patiënt zich minder 'contained' en meer verwaarloosd en/of misbegrepen kan voelen (Sayers, 2021). Therapeuten voelen zichzelf ook minder 'contained' door het verminderd contact met collega's en het binnenbrengen van hun werk in huis (Sayers, 2021). Dit speelt echter geen rol als men online therapie geeft vanuit de praktijk.

Therapeuten stellen dat er verschillen zijn in de therapeutische relatie tussen online therapie en face-to-face therapie. Er is variatie in hoe goed de therapeuten de relatie vinden online. Hoewel een deel de relatie minder goed vinden online, zijn er ook sommigen die opportuniteiten zien in het online medium.

Non-verbale communicatie. Meerdere studies rapporteren bezorgdheden bij therapeuten inzake het communiceren van emoties. Zowel de eigen uiting van emoties, waarbij empathie vaak specifiek vermeld wordt, als het lezen van de emoties van hun patiënten (Békés et al., 2021; De Witte et al., 2021). Therapeuten vermelden dat ze flexibel moeten zijn om empathie toch voldoende te kunnen uiten. Dit door bijvoorbeeld af en toe in de camera te kijken i.p.v. naar het scherm (Smith & Gillon, 2021). Onderzoek over de attitude van systeemtherapeuten gaf aan dat de meesten van hen het moeilijk vinden om online emoties, gezichtsuitdrukkingen en non-verbale signalen te begrijpen (Borcsa et al., 2020). Ook kindervertherapeuten en therapeuten uit andere stromingen vinden het lezen van non-verbale signalen een uitdaging bij online therapie (Connolly et al., 2020; Pakyurek et al., 2020).

Zoals aangehaald vinden sommige therapeuten dat het wegvallen van bepaalde informatiekanalen hun capaciteit tot aanvoelen beperkt. Ze stellen dat er online minder intonatie is, de stem mechanisch is, de gezichtsuitdrukkingen minder duidelijk zijn, een groot deel van de lichaamstaal verloren gaat en ook geur niet het scherm kan oversteken (Cantone et al., 2021; Lichtenstein, 2021; Roesler, 2017; Sayers, 2021). Ook kleine technische storingen, vertragingen en/of een slechte kwaliteit van de technologie kunnen dit aanvoelen moeilijker maken (Sayers, 2021). Sommige therapeuten voelen zich hierdoor onzekerder over het affect en de boodschap

van de ander, over wat men kan afleiden uit hun gedrag (Roesler, 2017; Sayers, 2021) en over hun perceptie van de patiënt (Cantone et al., 2021).

Door de grotere onzekerheid rapporteren therapeuten meer expliciet te bevragen hoe een patiënt zich voelt. De focus komt meer op het verbale te liggen (Sayers, 2021). Eén van de collega's van Sayers (2021) gaf aan dat ze bij een patiënt die overgeschakeld was naar online therapie tijdens de lockdown vroeg om haar lichamelijke ervaringen te beschrijven om zich meer te kunnen afstemmen op de patiënt. De therapeut rapporteerde dat het haar wel veel moeite kostte om deze inschatting te maken (Sayers, 2021). Andere therapeuten concentreren zich sterker op het beeld en geluid dat er wel nog is en proberen intenser te luisteren naar hun patiënt (Ladany et al., 2004; Sayers, 2021; White, 2020). Sommige therapeuten vinden dat dit hun 'gelijkzwevende aandacht'³ in de weg staat (Sayers, 2021; White, 2020).

Verder hebben therapeuten ook bezorgdheden inzake interlichamelijke processen. Lichtenstein (2021) geeft aan dat het libidinale⁴ minder aanwezig is online. In een studie van Garcia et al. (2021) gaven zowel patiënten als therapeuten aan dat online therapie zorgt voor het wegvallen van bepaalde interlichamelijke signalen, zoals gedeelde aandacht, houding en afstemming van ademhalingspatronen, die helpen de interactie gaande te houden. Deze 'afstemmingsdans' is niet mogelijk online. Om dit te compenseren, verhoogden de therapeuten hun verbale en non-verbale activiteit (bv. meer spreken, minder eens wegstaren, directer zijn, meer rigide houding aannemen) (Garcia et al., 2021; Mancinelli et al., 2021). Zo konden ze hun aanwezigheid en engagement in de sessie meer bevestigen (Garcia et al., 2021; Grondin et al., 2019).

Auteurs geven aan dat deze verhoogde activiteit verschillende gevolgen kan hebben. Als eerste zou het de sessies intensiever kunnen maken. Dit zullen we verder bespreken bij de persoonlijke beleving van de therapeuten. Mogelijk heeft het ook invloed op het therapeutisch proces. Enerzijds zou het feit van meer te spreken een positieve invloed kunnen hebben, aangezien er studies zijn die indiceren dat stillere therapeuten als minder emotioneel betrokken gezien worden, wat een negatieve invloed heeft op de effectiviteit. Het kan de patiënten een groter gevoel van empathie geven, wat een belangrijke gemeenschappelijke factor is voor succesvolle therapie. Anderzijds zou het ook een negatieve impact kunnen hebben, gezien

³ De gelijkzwevende aandacht slaat op de manier van luisteren bij de psychoanalyse. De therapeut heeft aandacht voor diens eigen associaties en verlangens en probeert deze op de achtergrond te houden om zo neutraal mogelijk naar de patiënt te kunnen luisteren (Gurman & Messer, 2005).

⁴ Het libido is een begrip uit de psychoanalyse die afkomstig is van Freud. Het slaat op de energie van de driften die ons gedrag sturen (Freud, 1905d).

onderzoek aantoonde dat minder spreken dan de patiënt een positieve invloed heeft op de effectiviteit van therapie (Mancinelli et al., 2021).

Daarnaast zijn er nog twee opmerkingen van therapeuten bij het verlies van non-verbale signalen. Als eerste geeft een groep Italiaanse gestalttherapeuten aan dat ze door het verlies van het volledige lichaamsbeeld moeite hadden om alle interventies eigen aan hun therapeutische stroming toe te passen. Een kleinere groep van therapeuten uit andere stromingen (psychoanalyse, systeemtherapie en psychodynamische therapie) gaven dit ook aan (Cantone et al., 2021). Als tweede merkt een deel van de therapeuten en patiënten dat ze zich anders houden voor de camera dan in de therapieruimte. Ze gaven aan dat ze een rigidere houding aannemen (Garcia et al., 2021).

Soms laat het online medium ook net toe dat er meer non-verbale communicatie verschijnt, waardoor de therapeut meer informatie krijgt. Zo geeft Sayers (2021) een voorbeeld van één van zijn patiënten. De vrouw droeg meer onthullend kledij in de online sessies, terwijl ze altijd verhullende kledij droeg tijdens face-to-face sessies. Wellicht liet het medium haar toe om aan meer ongehinderde en provocatieve zelfexpressie te doen, er is immers geen risico dat de therapeut haar fysiek zou kunnen schaden als gevolg van die zelfexpressie (Sayers, 2021). Daarnaast ziet men het gezicht van de andere persoon van dichtbij bij online therapie (Garcia et al., 2021). Verder is de keuze van de patiënt voor de ruimte van waaruit ze de online therapie volgen ook een element dat therapeuten kunnen bespreken met hun patiënten en op die manier kunnen binnenbrengen in de therapie (Sayers, 2021).

Oogcontact. Een specifieke factor van lichaamsprocessen tijdens therapie is oogcontact. Therapeuten halen aan dat direct oogcontact niet mogelijk is via videobellen (Connolly et al., 2020; Frittgen & Haltaufderheide, 2020). Onderzoek in sociale cognitie toont echter aan dat oogcontact een belangrijke basis is voor sociale communicatie (Baars & Gage, 2013). Uit onderzoek naar de beleving van online therapie bleek dat er meerdere opinies over dit aspect bij online therapie bestaan. Enerzijds zijn er therapeuten die rapporteren dat hoewel er geen echt oogcontact mogelijk is online, het ‘spel’ van oogcontact wel aanwezig is. Dit spel gaat over het kijken naar het scherm, wegstaren, weer terugkijken etc. (Garcia et al., 2021). Anderzijds zijn er therapeuten die online therapie een beperking vinden met betrekking tot de blik. Zo zijn er therapeuten die aangeven dat sommige patiënten hun moeilijkheden tonen in de manier van oogcontact maken. Er zijn bijvoorbeeld patiënten die angst hebben om afkeuring te zien bij de therapeut en daarom oogcontact vermijden. Deze informatie valt echter weg online (Sayers, 2021).

Verder rapporteren therapeuten ook minder rond te kijken bij online therapie omdat ze het gevoel hebben dat dit overkomt als minder betrokken of onbeleefder (Ellman & Vorus, 2021; Garcia et al., 2021). Bij face-to-face therapie kijken ze echter meer rond om de patiënt meer ‘ruimte’ te geven om te spreken. Eén therapeut vertelt dat zijn patiënten hierdoor het gevoel hebben eerder geobserveerd dan vergezeld te worden (Garcia et al., 2021). Andere therapeuten geven aan dat ze zich hierdoor minder goed op hun eigen gedachten en affecten kunnen concentreren (Ellman & Vorus, 2021). Verder is het ook niet mogelijk om samen naar iets te kijken. Een fenomeen dat men gedeelde aandacht noemt. Dit is echter ook een belangrijk element in de sociale cognitie (Sayers, 2021).

Het is mogelijk dat de therapeutische stroming een verklarende factor is in de onenigheid rond het blikveld online. De opmerking dat het spel van oogcontact maken en weer weggijken evenzeer aanwezig is, kwam namelijk van een cognitieve gedragstherapeut (Garcia et al., 2021), terwijl de andere opmerkingen van psychoanalytici komen (e.g. Garcia et al., 2021; Sayers, 2021). Toekomstig onderzoek is nodig om hier meer zicht op te krijgen.

Stiltes. Een aantal therapeuten rapporteren dat er minder stiltes zijn bij online therapie (Cantone et al., 2021; Garcia et al., 2021). Ze geven hier meerdere redenen voor. Ten eerste vinden ze het online moeilijker om met die onderbreking in het gesprek om te gaan (Cantone et al., 2021). Daarnaast vinden ze het moeilijker om de aard van de stilte aan te voelen. Dit is voornamelijk het gevolg van de technologie. Online is de therapeut namelijk nooit zeker of de patiënt echt een stilte laat of dat de stilte het gevolg is van een verstoorde verbinding (Cantone et al., 2021; Lichtenstein, 2021; Sayers, 2021). Ten derde vinden therapeuten stiltes online moeilijker te verdragen (Sayers, 2021). De echte aanwezigheid van de ander wordt mogelijk minder gevoeld. De stem van de ander is naast de blik namelijk één van de bewijzen van die aanwezigheid bij online therapie (Lichtenstein, 2021). Het wegvallen ervan zou kunnen zorgen voor het ervaren van een leegte. Therapeuten rapporteren bijvoorbeeld de nood om de ‘ruimte’ te vullen tijdens online stiltes (McBeath et al., 2020). Ten slotte kan minder stilte ook een gevolg zijn van de verhoogde verbale en non-verbale activiteit die therapeuten rapporteren (Garcia et al., 2021).

Deze uitdagingen inzake stiltes werden voornamelijk gerapporteerd door psychoanalytici en psychodynamische therapeuten (Cantone et al., 2021; Garcia et al., 2021). Auteurs geven aan dat voornamelijk deze stromingen een belangrijke betekenis hechten aan stiltes in de communicatie (Cantone et al., 2021; Mancinelli et al., 2021). Toekomstig onderzoek dient nog te exploreren hoe stiltes online ervaren worden bij andere stromingen.

Zichzelf zien op scherm. Online therapie brengt het element van zichzelf zien op het beeldscherm binnen in de therapie. Naast het hierboven genoemde nadeel – namelijk dat het voor meer afleiding zou zorgen – haalden therapeuten en patiënten ook enkele voordelen aan. Zo stellen therapeuten dat ze via het beeldscherm konden nagaan of enerzijds de beeldkwaliteit nog goed is en anderzijds of hun huidige lichaamstaal gepast en helpend is in het therapieproces. Daarnaast kunnen therapeuten informatie halen uit de reactie van patiënten wanneer ze zichzelf zien op het scherm tijdens de sessie. Dit kan bijvoorbeeld iets weergeven over de manier waarop ze hun narcisme of schaamte reguleren (Garcia et al., 2021).

Therapie in de leefomgeving. Er zijn ook andere opportuniteiten bij online therapie. Het grootste deel van de patiënten volgt therapie van thuis uit, waardoor therapeuten meer zicht krijgen op de thuissituatie (Connolly et al., 2020; Garcia et al., 2021; Pakyurek et al., 2010; Wade et al., 2020). De therapeuten stellen dat dit nieuwe informatie kan opleveren omdat de leefomgeving ‘rauwe’ elementen binnenbrengt in de therapie. Een voorbeeld hiervan is een huisgenoot die tijdens de therapie binnenkomt in de kamer. De manier waarop de patiënt hierop reageert kan inzicht verschaffen in diens relatie met die persoon. Deze topics kunnen dan geëxploreerd worden in de sessies. Volgens de therapeuten maakt dit het proces ‘levendiger’ (Smith & Gillon, 2021). Het zorgt het voor meer personalisatie, omdat patiënten persoonlijke spullen kunnen tonen via de camera (Wade et al., 2020). Therapie van thuis uit lijkt dus voordelen met zich mee te brengen.

Aan de andere kant vinden sommige therapeuten dat het voeren van sessies in de eigen leefruimte ervoor zorgt dat hun patiënten zich minder op hun gemak voelden. Een psychoanalyticus uit het onderzoek van Garcia et al. (2021) gaf aan dat de therapieruimte een veilige plek is, omdat deze van niemand is. Het is een gedeelde ruimte van de therapeut en de patiënt, iets wat volgens hem ontbreekt bij online therapie. Verder kan de thuisomgeving ook voor meer afleiding en problemen met privacy zorgen (Smith et al., 2021). Er lijken zowel voor- als nadelen verbonden aan de eigen omgeving als therapieruimte.

Assessment en risicomanagement. Een aantal therapeuten rapporteert dat assessment minder grondig kan verlopen via videobellen (Connolly et al., 2020). Daarbij aansluitend vinden ze ook risico-inschatting en risicomanagement moeilijker via dat medium (Connolly et al., 2020). Een groep systeemtherapeuten waren bijvoorbeeld bezorgd dat patiënten niet eerlijk zouden durven zijn over hoe het gaat en wat er gaande is (Borcsa et al., 2020). Therapeuten rapporteren dat deze uitdagingen inzake risico-inschatting en management hen angstiger maakt (Smith & Gillon, 2021).

Therapeuten hebben verschillende manieren waarop ze omgaan met die grotere angst en onzekerheid. Als eerste zijn er therapeuten die meer controle proberen te krijgen door bijvoorbeeld protocollen te installeren, zoals de persoon doorverwijzen naar face-to-face therapie wanneer ze zich zorgen maken. Ze proberen dit ook aan de hand van checklists van veiligheidsgedragingen en richtlijnen die als veiligheidsnet voor zichzelf en hun patiënten kunnen dienen. Daarnaast proberen ze meer informatie te verzamelen over de patiënt en diens omgeving, iets wat hen ook een groter gevoel van connectie met hun patiënten geeft. Een tweede manier van omgaan met de verhoogde angst is acceptatie van de beperkingen en de verminderde controle als therapeut (Smith & Gillon, 2021). Er is echter nog niet geweten welke impact dit heeft op het therapeutisch proces

Overwegingen rond patiënten. In verband met hun patiënten stellen therapeuten zich twee belangrijke vragen. Enerzijds is er de vraag of online therapie geschikt is voor alle doelgroepen. Anderzijds stellen therapeuten zich de vraag naar hoe hun patiënten online therapie beleven.

Geschiktheid voor alle doelgroepen. Therapeuten geven aan dat sommige patiënten minder geschikt zijn voor videobellen, zoals patiënten met gehoor- of zichtproblemen en sterk sociaal geïsoleerde mensen en dat het voor andere patiënten simpelweg niet mogelijk is (Cantone et al., 2021; Connolly et al., 2020). Andere therapeuten geven aan dat online therapie net een opportuniteit kan zijn voor sommige doelgroepen. Bepaalde doelgroepen ervaren socio-economische onderdrukking en hebben hierdoor vaak minder toegang tot psychische hulpverlening. Online therapie kan hierbij een brug zijn tussen hulpverleners en hulpzoekenden en zo anti-onderdrukkend optreden. Ook voor personen die weinig mobiel zijn, zoals mensen met een fysieke beperking, kan online therapie de toegang tot hulp vergroten. Therapeuten stellen dat men hier echter ook ethische afwegingen inzake privacy moet maken. Sommige patiënten hebben bijvoorbeeld nood aan thuishulp om online therapie mogelijk te maken. Bij anderen is er simpelweg vaak thuishulp aanwezig. Hierbij dient men de afweging te maken tussen de privacy van de patiënt en het alsnog mogelijk maken van therapie (Smith & Gillon, 2021). Online therapie lijkt voor sommigen minder geschikt en voor andere patiënten net een opportuniteit te zijn.

Beleving van hun patiënten. Therapeuten rapporteren dat de meeste van hun patiënten tevreden zijn met online therapie (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Ze stellen dat patiënten even geëngageerd zijn online als bij face-to-face therapie (Wade et al., 2020). Meerdere therapeuten ervaren dat het online medium het voor sommige patiënten zelfs eenvoudiger maakt om te spreken over gevoelige onderwerpen (Connolly et al., 2020). Sommige patiënten ervaren volgens

hen online minder schaamte of voelen zich minder geremd, waardoor ze meer open kunnen zijn (Roesler, 2017; Smith & Gillon, 2021; Thomas et al., 2021). Andere therapeuten denken dat patiënten zich sneller openstellen ter compensatie van het verlies van een deel van de non-verbale communicatie (Roesler, 2017). Er bestaan echter ook rapportages van therapeuten die aangeven dat het bespreken van gevoelige onderwerpen net minder goed loopt online (Thomas et al., 2021). Hoewel er nog onenigheid rest tussen therapeuten over hoe de meeste patiënten online therapie beleven, hebben ze hier allen wel aandacht voor.

Overwegingen rond online therapie. Naast overwegingen rond praktische zaken, het therapeutisch proces en hun patiënten, zijn er ook randfenomenen van online therapie waarover therapeuten reflecteren. Deze randfenomenen omvatten de toegankelijkheid van online therapie, de opportuniteiten die het met zich meebrengt voor het verbeteren van de klinische praktijk en professionele grenzen bij het online medium.

Toegankelijkheid. Als eerste reflecteren therapeuten over de rol die online therapie kan spelen in het vergroten van de toegang tot psychotherapie. Zo kan videobellen volgens hen stigma bij het zoeken van hulp verminderen (Pakyurek et al., 2010; Thomas et al., 2021). Online therapie is discreter vermits de patiënten niet ter plaatse hoeven te komen. Sommige therapeuten stelden dat online therapie de drempel kan verlagen voor ‘zorg vermijdende’ patiënten (Connolly et al., 2020). Daarbij aansluitend hoeft men bij videobellen geen rekening te houden met de fysieke afstand, waardoor het bereik van de hulpverlening vergroot wordt (Connolly et al., 2020). Dit voordeel wordt ook vaak door onderzoekers in studies over online therapie aangehaald (Thomas et al., 2021). Videobellen kan immers patiënten bedienen in gebieden met minder toegang tot hulpverlening, patiënten die niet mobiel genoeg zijn (bv.: postnatale hulpverlening, personen met een fysieke beperking) of patiënten die geïsoleerd zijn (bv.: slachtoffers van huiselijk geweld) (Roesler, 2017; Thomas et al., 2021). Daarnaast zijn er bij videobellen ook geen reiskosten, maakt het (gespecialiseerde) hulp wijder toegankelijk en komt het de continuïteit van zorg ten goede (bv. bij patiënten die verhuizen) (Haig-Ferguson et al., 2019; Thomas et al., 2021). Therapeuten vinden dat online therapie zorgt voor een grotere toegankelijkheid.

Opportuniteit tot het verbeteren van de klinische praktijk. Verder zien therapeuten in online therapie opportuniteiten tot het verbeteren van hun klinische praktijk. Ze merken op dat online sessies het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden en verbeteren van andere vaardigheden vereist. Zo doen therapeuten bijvoorbeeld meer aan reflectie om de context van hun patiënten beter te begrijpen. Ze denken ook meer na over de stemming van hun patiënten tijdens de sessies om hun communicatie hierop te kunnen afstemmen. Daarnaast trachten ze ook meer inzicht te

krijgen in de interne factoren die invloed hebben op de therapeutische relatie tijdens online therapie. Ten slotte moeten ze ook beter leren luisteren, een vaardigheid die cruciaal is voor de therapeutische relatie en andere aspecten van het therapieproces (Smith & Gillon, 2021). De nieuwe context van videobellen lijkt de therapeuten een opportuniteit tot het aanscherpen en uitbreiden van hun vaardigheden te verschaffen.

Professionele grenzen. Een laatste afweging draait rond professionele grenzen. Een aantal therapeuten rapporteert bezorgdheden inzake het behouden van hun professionele grenzen (Békés et al., 2020; Békés et al., 2021; Roesler, 2017). Een groep psychoanalytici rapporteren dat ze meer over zichzelf te vertellen tijdens online sessies, wat zorgt voor lossere grenzen (Békés et al., 2020). Daarnaast merken therapeuten ook dat sommige patiënten bij het online medium verwachten dat je als therapeut vaker bereikbaar bent. Dit is echter niet altijd gewenst voor de therapeut. Deze suggereren verder dat het ook voor patiënten geen positieve evolutie is, aangezien deze minder de poging doen om zelf met hun emotionele processen en impulsen om te gaan tussen de sessies door (Roesler, 2017). De impact van online therapie op hun professionele grenzen lijken therapeuten voornamelijk als een nadeel te ervaren

De persoonlijke beleving. Naast reflecties over online therapie, rapporteren therapeuten ook hun persoonlijke beleving.

Authenticiteit. Therapeuten rapporteren over de beleving van hun eigen kunnen, authenticiteit en emoties bij online therapie. Sommige therapeuten hebben het gevoel minder authentiek over te komen via videobellen (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Messina & Löffler-Stastka, 2021). Onderzoek stelt echter een goede online relatie vast, wat suggereert dat de perceptie van therapeuten over hun authenticiteit niet overeenkomt met die van hun patiënten (Aafjes-van Doorn et al., 2020).

Eigen kunnen. Therapeuten zeggen meer te twijfelen aan hun kunnen en zich minder competent te voelen (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). Ze hebben de ervaring minder klinische vaardig (zowel technisch als relationeel) te zijn bij online therapie. Het gaat hierbij meer bepaald over vaardigheden zoals het opbouwen van een therapeutische relatie, het uitvoeren van specifieke technieken, het begrijpen van het therapeutisch proces, communicatieve vaardigheden en het omgaan met (tegen)overdracht (Messina & Löffler-Stastka, 2021).

Ander onderzoek vindt echter dat de meeste therapeuten zich net even competent en zelfzeker voelen en dat slechts een kleine minderheid een lager niveau van competentie ervaart tijdens de online sessies. De meeste therapeuten voelen zich voldoende betrokken, beschikbaar en afgestemd op hun patiënten tijdens online therapie (Békés et al., 2020; Mancinelli et al.,

2021). Slechts een minderheid rapporteerde minder vertrouwen te hebben in hun eigen kunnen en zich minder verbonden te voelen met hun patiënten (Mancinelli et al., 2021). Een mogelijke verklaring voor de variatie in ervaringen is de therapeutische stroming. Deze laatste onderzoeken gingen voornamelijk over psychoanalytici (Békés et al., 2020; Mancinelli et al., 2021) terwijl de voorgaand genoemde studies ook andere stromingen betrokken. Toekomstig onderzoek dient nog na te gaan wat de rol van de therapeutische stroming is in de ervaring van competentie bij online therapie.

Sommige therapeuten ervaren verder een gebrek aan controle tijdens online sessies. Een voorbeeld hiervan is wat Roesler (2017) de ‘exit option’ noemt. Dit slaat op het kunnen beëindigen van de online interactie zonder gevolgen vermits men de persoon nooit meer hoeft te zien. Patiënten kunnen gewoon de laptop dichtklappen of de GSM uitzetten zonder dat de therapeut hier controle over heeft (Roesler, 2017; Smith & Gillon, 2021). De therapeuten proberen hiermee om te gaan door meer informatie te verzamelen over de patiënt en diens context, om zo de situatie en de patiënt beter te kunnen inschatten (Smith & Gillon, 2021). Zowel de verminderde competentie als de verminderde controle kunnen bijdragen aan meer onzekerheid bij online therapie.

Angst en twijfel. Therapeuten rapporteren matige niveaus van angst en twijfel bij online therapie, voornamelijk bij de start van het gebruik (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Wade et al., 2020). De twijfel en angst is hoger bij jongere en minder ervaren therapeuten en wanneer de therapeuten de perceptie hebben dat de patiënt een negatieve ervaring heeft. Hoe meer twijfel en angst de patiënten ervaren, hoe negatiever hun attitude (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Onderzoek identificeert een aantal redenen voor deze hogere mate van angst en twijfel. Als eerste voelen therapeuten zich minder verbonden met hun patiënten online (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020), wat kan leiden tot meer angst en twijfel. Een andere mogelijke factor is de hierboven besproken ‘exit optie’. Therapeuten maken zich zorgen over hoe men op het internet met conflicten omgaat, hoe men deze kan bespreken en of de online relatie wel sterk genoeg is om hiermee om te gaan (Roesler, 2017). Mogelijk zijn er nog andere redenen. Onderzoek dient dit nog verder na te gaan.

Vermoeidheid. Therapeuten rapporteren dat online sessies meer aandacht en concentratie vragen (Cantone et al., 2021) en dat ze zich vermoeider voelen tijdens deze sessies (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Cantone et al., 2021; Mancinelli et al., 2021; McBeath et al., 2020). De onderzoeken die dit vermelden, vonden echter allen plaats tijdens de lockdown. Het is niet duidelijk of de vermoeidheid een gevolg is van de online sessies of van de lockdown in het algemeen. Mancinelli et al. (2021) stellen dat indien dit het gevolg is van de sessies en niet van

de pandemie, het te wijten kan zijn aan de afname in non-verbale communicatie, waardoor therapeuten grotere moeite moeten doen om alle relevante informatie te verzamelen. Zoals aangegeven gaan ze hierdoor meer expliciet bevragen hoe een patiënt zich voelt (Sayers, 2021) en meer directief interveniëren (Mancinelli et al., 2021). Mogelijk speelt de meer directieve houding een rol in de grotere vermoeidheid. Andere mogelijke verklaringen zijn dat online sessies meer flexibiliteit vragen (Cantone et al., 2021) of dat therapeuten zich meer verveeld voelen bij online therapie (Messina & Löffler-Stastka, 2021). Er is nog verder onderzoek nodig om deze hypothesen na te gaan.

Verhoogd zelfbewustzijn. Naast twijfel, angst en verminderde controle rapporteren therapeuten een hoger zelfbewustzijn tijdens online sessies (Haig-Ferguson et al., 2019; Smith & Gillon, 2021). Ze geven aan meer aandacht te besteden aan wat ze zeggen. Hierdoor worden ze zich tijdens online sessies meer bewust van de manier waarop ze hun eigen ervaringen, persoonlijkheid, gedachten en gevoelens gebruiken om het therapieproces te stimuleren. Dit heeft volgens hen invloed op de therapeutische relatie (Smith & Gillon, 2021). Daarnaast draagt ook het zien van zichzelf op het beeldscherm bij aan een hoger zelfbewustzijn (Garcia et al., 2021). Procesonderzoek kan nagaan wat de invloed van dit verhoogd zelfbewustzijn is op de relatie en het therapeutisch proces.

Conclusie over de visie en beleving van therapeuten op online therapie. De visie en beleving van verschillende therapeuten lijkt gemeenschappelijke onderwerpen te bevatten. Zo zijn er een paar aspecten zoals moeite met stiltes, een hoger zelfbewustzijn en onzekerheid die vermeld worden door een groot aantal therapeuten. Echter niet alle therapeuten maken zich hier zorgen over. Er zijn ook therapeuten die weinig verschil ervaren met online therapie of die vooral de voordelen van het medium benadrukken. De factoren die deze variatie verklaren, zullen we bespreken in de volgende sectie.

Factoren die een rol spelen in de visie van therapeuten op psychotherapie via videobellen

We hebben enkele factoren besproken die een invloed hebben op de visie van therapeuten t.o.v. therapie via videobellen, zoals de mate van twijfel en angst ervaren door de therapeut. In wat volgt worden nog andere factoren beschreven. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de beschreven onderzoeken slechts correlatieel zijn en geen oorzakelijke verbanden aantonen.

Eerdere ervaring. Schuster et al. (2020) vonden dat de ervaring die therapeuten hebben met online gezondheidszorg een rol speelt in hun perceptie van digitale therapievormen. In overeenstemming met deze bevinding vonden diverse studies dat ook bij videobellen eerdere ervaring zorgt voor een positievere attitude (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés et al., 2020; Békés et al., 2021; Connolly et al., 2020; Lazarus & Dokou, 2016). Therapeuten rapporteren dat

ze na een bepaalde overgangperiode in staat waren hun initiële bezorgdheden en vooroordelen te overwinnen (Connolly et al., 2020; Garcia et al., 2021), waardoor ze minder sceptisch waren en zich meer comfortabel voelden bij het medium (Connolly et al., 2020). In een studie naar de attitudes van Chinese en Amerikaanse psychoanalytici vonden de onderzoekers dat de Amerikaanse therapeuten vaker een negatieve attitude hebben. De verklaring die de auteur hiervoor geven is dat de Chinese psychoanalytici hun training en eigen analyse online krijgen terwijl dat niet het geval is bij hun Amerikaanse collega's. Verder bleken de attitudes in beide samples minder negatief te worden over de lockdown periode, waarin ze allen verplicht werden online therapie te geven. Dit lijkt opnieuw te indiceren dat ervaring met online therapie zorgt voor een positievere attitude (Wang et al., 2020).

Therapeuten ervaren na een periode van gebruik ook minder nadelen en uitdagingen aan het medium (Békés et al., 2021; Cantone et al., 2021). Zo vinden ze stiltes hanteren online niet meer zo moeilijk en ondervinden ze minder problemen met de gewijzigde asymmetrie tussen de therapeut en patiënt (Cantone et al., 2021). Eerdere ervaring met online therapie zorgt verder ook voor meer vertrouwen in het eigen kunnen tijdens die sessies. Onderzoek indiceert dat hoe meer ervaring therapeuten hebben, hoe gemakkelijker in gebruik ze het vinden (Connolly et al., 2020).

Therapeuten rapporteren over tijd een grotere interesse in het verder gebruik van videobellen (Connolly et al., 2020). Na een initiële periode zien therapeuten online therapie als meer effectief en maken ze zich minder zorgen over de therapeutische relatie (Békés et al., 2021; Cantone et al., 2021; Watts et al., 2020). Sommige therapeuten zijn verrast na gebruik dat de sessies zo goed verlopen. Ze rapporteren dat ze niet verwacht hadden dat hun patiënten er zo positief tegenover zouden staan en dat ze zich zo snel aan het nieuwe medium zouden aanpassen. Het was echter ook zo dat zelfs na ervaring met online therapie de therapeuten toch nog een voorkeur hadden voor traditionele psychotherapie (Connolly et al., 2020). Hoewel therapeuten door ervaring een positievere attitude kunnen krijgen, blijven de meesten wel een voorkeur hebben voor face-to-face therapie.

Eerdere ervaring lijkt dan weer geen rol te spelen in de mate waarin therapeuten zich geïnformeerd voelen over therapie via videobellen. De meeste therapeuten voelden zich voldoende geïnformeerd over online therapie tijdens de pandemie. Toch hebben therapeuten die voor de pandemie gebruik maakten van videobellen en zij die er tijdens de pandemie gebruik van maakten een grotere wens om meer informatie te krijgen. De therapeuten willen voornamelijk meer informatie over databescherming en veiligheid. Een mogelijke verklaring is dat deze therapeuten meer interesse of een meer positieve attitude hebben ten opzichte van videobellen,

wat beide hun gebruik en wens tot informatie verklaart (Humer et al., 2020). Therapeuten lijken nood te hebben aan meer informatie. Deze nood neemt niet af met meer ervaring.

Er is echter onduidelijkheid over de rol van klinische ervaring. Bepaalde onderzoeken indiceren dat dit een rol speelt in de attitude (Békés & Aafjes-van Doorn., 2020). Ander onderzoek vond echter geen invloed (Békés et al., 2020; Rees & Stone., 2005). De mate van klinische ervaring blijkt wel gelinkt aan de perceptie van meer uitdagingen bij online therapie (Békés et al., 2021). De perceptie van uitdagingen was op zijn beurt gecorreleerd met een negatievere attitude en visie op effectiviteit van online sessies. Deze correlaties verdwijnen echter over tijd. De verandering in hoe klinische ervaring een rol speelt in de attitude en visie op effectiviteit zijn een mogelijke verklaring voor de variatie in bevindingen i.v.m. de rol van klinische ervaring die hierboven beschreven staan. Mogelijk speelt het een rol bij de start van het gebruik van videobellen, maar verdwijnt deze link over tijd. Er is nog verder onderzoek nodig om de rol van klinische ervaring te verduidelijken.

Hoe therapeuten zich voorbereid hebben op online therapie. Békés en Aafjes-van Doorn (2020) vonden dat de mate waarin therapeuten voorbereid waren op therapie via videobellen gelinkt is aan hun attitude er tegenover. Mogelijk zorgt dit voor een positievere attitude omdat de therapeuten zo op meer problemen voorbereid zijn. Hoe meer manieren therapeuten gebruiken om zich voor te bereiden, hoe beter de therapeutische relatie. Dit is in overeenstemming met onderzoek dat indiceert dat zich voorbereiden door te spreken met collega's en artikels te lezen gepaard, gaat met een positievere visie (Békés et al., 2020). Het blijkt dat hoe meer geïnformeerd therapeuten zich voelen over online therapie, hoe meer ze online en face-to-face therapie als vergelijkbaar zien (Korecka et al., 2020). De mate van voorbereiding en informatie ruimt mogelijk een aantal obstakels uit de weg, waardoor de therapeuten een positievere ervaring hebben met het medium.

De perceptie die de therapeut heeft van de ervaring van de patiënt en de relationele ervaring. Aafjes-van Doorn et al. (2020) vonden dat wanneer therapeuten de perceptie hebben dat hun patiënten een positieve ervaring hebben met therapie via videobellen, ze zelf positievere attitudes hebben en een grotere tendens om het te blijven gebruiken. Ook de mate waarin ze zelf een positieve relationele ervaring hebben met hun patiënt via videobellen, heeft een invloed op de attitude en de gebruiksintentie. In recenter onderzoek vonden de auteurs ook dat therapeuten die meer uitdagingen zagen in videobellen inzake emotionele connectie, emoties lezen en empathie uitten, een negatievere attitude en visie op de effectiviteit hadden (Békés et al., 2021). Het is echter ook mogelijk dat de positievere attitude zorgt voor een positievere perceptie van de

ervaring van en de relatie met hun patiënten. Er lijkt in ieder geval een link te zijn tussen de perceptie van de ervaring van hun patiënten en de visie van therapeuten.

De organisatie van de gezondheidszorg en het beleid rond online therapie. Hoe de online gezondheidszorg in een bepaald land georganiseerd is, lijkt een invloed te hebben op de attitude van therapeuten t.o.v. digitale therapievormen (Schuster et al., 2020). Een studie naar psychotherapie tijdens de COVID-pandemie in Tsjechië, Duitsland en Slowakije geeft hier verder informatie over. In Duitsland bleef face-to-face therapie de meest gebruikte vorm en werd er het minst overgeschakeld naar afstandstherapie. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor is dat de therapeuten meer administratieve taken moesten verrichten om terugbetaling van afstandstherapie mogelijk te maken dan bij face-to-face therapie. Er zijn echter ook andere verklaringen mogelijk, zoals de leeftijd van de therapeuten (deze was hoger in de Duitse steekproef) of de lagere mate van angst voor besmetting bij deze therapeuten. Het was echter zo dat in Tsjechië de afstandstherapie wel volledig opgenomen werd in het terugbetalingssysteem zonder extra voorwaarden en sommige telefonische diensten zelfs gratis aangeboden werden tijdens de pandemie. In dit land werd de afname in face-to-face therapie volledig gecompenseerd via afstandstherapie. Dit in tegenstelling tot Slowakije waar ook een duidelijke daling was in face-to-face therapie, maar deze niet volledig gecompenseerd werd met afstandstherapie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de terugbetaling voor afstandstherapie minder werd aangepast tijdens de pandemie in dit land t.o.v. de twee andere landen (Humer et al., 2020). Het nationaal beleid lijkt gerelateerd te zijn aan het gebruik van therapeuten van online therapie.

Daarnaast vonden Connolly et al. (2020) dat steun vanuit de leidinggevenden en de technische dienst voor het gebruik van videobellen een positieve invloed heeft op de attitude en het gebruik.

Geslacht en leeftijd van de therapeut. De rol van geslacht en leeftijd in de attitude omtrent psychotherapie via videobellen is nog onduidelijk. Er is onderzoek dat indiceert dat geslacht niet gelinkt is aan de attitude van therapeuten (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Korecka et al., 2020). Korecka et al. (2020) vonden echter dat hoewel een negatieve attitude gelijk verdeeld is over geslacht, een positieve attitude vaker aangenomen wordt door vrouwelijke therapeuten. De rol van geslacht werd echter niet verder onderzocht waardoor er geen conclusies getrokken kunnen worden uit deze studie (Korecka et al., 2020). Het onderzoek lijkt eerder aan te tonen dat geslacht geen of slechts een kleine rol speelt. Er is echter nog meer onderzoek nodig naar de link tussen geslacht en de attitude van therapeuten.

Omtrent leeftijd is er nog meer onduidelijkheid. Hoewel eerder onderzoek geen link aantoonde tussen leeftijd en attitude (Békés & Aafjes-van Doorn., 2020), vonden Békés et al.

(2021) in recenter onderzoek dat oudere psychologen meer uitdagingen zien bij online therapie. De uitdagingen waren onder te verdelen in vier types: emotioneel (zich geconnecteerd voelen met de patiënt, het uiten van empathie en emoties lezen), afleiding bij de therapeut of patiënt, privacy (de patiënt die een goede plek voor therapie diende te vinden en vertrouwelijkheid) en grenzen van de therapeut (de therapeut die een goede plek diende te vinden en professionele grenzen). Deze perceptie was op zijn beurt gelinkt aan een negatievere attitude en visie op de effectiviteit van online therapie (Békés et al., 2021). Dit is echter in tegenspraak met eerder onderzoek gekeken werd naar de attitude van psychoanalytici. In die studie waren het net de jongere therapeuten die meer uitdagingen percipieerden (Békés et al., 2020). Bij de eerste studie bestond de steekproef voor de helft uit psychodynamische therapeuten, 35% uit cognitieve gedragstherapeuten, 20% uit humanistische therapeuten en slechts voor 16% uit psychoanalytici. Dit verschil in stroming kan een mogelijke verklaring zijn voor de verschillende rol van leeftijd. Leeftijd lijkt wel geen rol te spelen in een verandering in attitude en visie op de effectiviteit van online therapie (Békés et al., 2021). Er is nog verder onderzoek nodig om na te gaan welke rol leeftijd precies speelt en met welke andere factoren deze in interactie treedt om zijn eventueel effect uit te oefenen.

De therapiestroming. De huidige literatuur lijkt aan te geven dat de therapeutische stroming een rol speelt in de attitude omtrent psychotherapie via videobellen. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapeuten en systeemtherapeuten een positievere attitude hebben, minder uitdagingen zien en meer geneigd zijn om online therapie te gebruiken dan psychoanalytici en psychodynamische therapeuten (Békés & Aafjes-van Doorn., 2020; Cantone et al., 2021; Perle et al., 2013). De auteurs vermoeden dat dit verschil te wijten is aan de verschillende visie op de werkingsmechanismen van therapie. Psychodynamische therapeuten en psychoanalytici leggen bijvoorbeeld een grotere nadruk op relationele processen, non-verbale communicatie en stiltes (Békés & Aafjes-van Doorn., 2020; Perle et al., 2013). Bij het verlies aan non-verbale communicatie hebben deze therapeuten mogelijk sneller het gevoel dat online therapie niet voldoende is. Er blijkt echter geen verschil tussen therapeuten uit diverse stromingen in hun perceptie van effectiviteit. Hoewel ze de methode als even effectief zien, lijkt de acceptatie ervan groter bij cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie (Perle et al., 2013). Toekomstig onderzoek dient nog uit te wijzen op welke manier de stroming precies gelinkt is met de attitude.

Conclusie over factoren die een rol spelen in de attitude van therapeuten inzake online therapie. Er lijken diverse factoren mee te spelen in de vorming van de attitude van therapeuten. Zo lijkt eerdere ervaring met online therapie positief gelinkt te zijn. Daarbij

aanleunend heeft ook de mate van voorbereiding een link met de attitude. Verder is er ook een link met de perceptie die ze hebben van de beleving van hun patiënten en de therapeutische relatie. Ook de bredere context lijkt een rol te spelen via de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en het beleid inzake online therapie, zowel op nationaal als op institutioneel niveau. Inzake de rol van leeftijd en geslacht is er momenteel nog onduidelijkheid. Als laatste bespreken we onderzoek dat suggereert dat de therapeutische stroming gelinkt is aan de attitude en toont dat er nog bijkomend onderzoek nodig is om na te gaan hoe deze link precies in elkaar zit.

Probleemstelling

Sinds de COVID-19 pandemie is therapie via videobellen niet meer weg te denken uit het landschap van de psychotherapie. Het is vervolgens belangrijk om de evidentie hierrond na te gaan vooraleer deze trend wordt verdergezet. De overwegingen die hierbij gemaakt dienen te worden, gaan van de vraag naar effectiviteit, de beleving van patiënten, de motivatie van therapeuten, de invloed op het klinisch werkveld tot implicaties voor opleidingen en beleid. Uit de literatuur blijkt dat psychotherapie via videobellen even effectief kan zijn als traditionele therapie. Het onderzoek is echter beperkt tot bepaalde doelgroepen, cognitieve gedragstherapie en is vaak kwantitatief van aard. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van deze bevindingen. Verder onderzoek kan zich nog toespitsen op therapie met doelgroepen die nog weinig aan bod zijn gekomen, maar ook op online therapie vanuit andere therapeutische stromingen.

Daarnaast is het niet noodzakelijk zo dat indien online therapie even effectief is, het ook op dezelfde manier werkt als traditionele therapie. Er is nog weinig geweten over het therapeutisch proces online. Smith et al. (2021) stellen dat indien het proces online anders verloopt, dit mogelijk belangrijke implicaties heeft voor training, beleid inzake psychotherapie en voor de therapeuten zelf. Daarom is het belangrijk hier meer zicht op te krijgen. Het is echter mogelijk dat dit proces verschilt over diverse therapievormen. Daarom zal onderzoek ook de therapeutische stroming in rekening moeten brengen. Er is een nood aan procesonderzoek naar online therapie vanuit diverse stromingen.

Om een antwoord te kunnen bieden op deze gaten in het huidige onderzoeksveld, kunnen we onder andere de beleving en visie van therapeuten bevragen. Diepgaand kwalitatief onderzoek naar de visie van therapeuten ontbreekt namelijk nog in het huidige onderzoeksveld (Kotera et al., 2021). Zo'n kwalitatieve rapportage kan bijdragen aan de literatuur over de effectiviteit van online therapie. Daarnaast geeft het ook inzicht in welke elementen een belangrijke rol spelen online en welke aspecten nieuw of anders zijn bij online therapie. Therapeuten combineren immers de theoretische kennis over het therapeutisch proces met

praktijkervaring. Verder is het ook belangrijk voor de organisatie van het werkveld. Zoals beschreven, heeft deze visie invloed op of en hoe de therapeuten van deze vorm gebruikmaken. Daarnaast is het ook niet ondenkbaar dat de visie van therapeuten een invloed heeft op het therapeutisch proces tijdens sessies via videobellen (Chen et al., 2020). De visie en beleving van therapeuten zijn belangrijke schakels in verschillende onderzoekslijnen.

Onderzoek suggereert dat er een aantal factoren zijn die een rol spelen in de visie van therapeuten. Eén van deze factoren is de therapeutische stroming. Studies suggereren dat sommige therapiescholen gepaard gaan met een positievere visie dan anderen. Auteurs stellen de hypothesen dat dit te wijten is aan verschillen in het therapeutisch proces en de aanpak van de therapeuten. Bij het nagaan van de beleving van therapeuten is het van belang de diverse therapeutische stromingen aan bod te laten komen.

Deze masterproef wil bijdragen aan het onderzoeksveld door meer zicht te krijgen op de beleving en visie van therapeuten uit verschillende therapeutische stromingen. Meer bepaald kijken we naar het verschil tussen de systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en psychoanalyse⁵. Deze stromingen werden gekozen om drie redenen. Vooreerst is de onderzoeker vanuit de eigen onderzoeksinstelling (UGent) het meest vertrouwd met deze stromingen. Daarnaast zijn dit drie van de vier erkende therapiestromingen in Vlaanderen. Als laatste beperkt het formaat van een masterproef het mogelijke aantal participanten, waardoor niet alle vier stromingen aan bod kunnen komen.

De lacunes in de literatuur en de gekozen aanpak leiden tot volgende onderzoeksvraag: Wat is de beleving en visie op individuele psychotherapie via videobellen van therapeuten uit verschillende therapiestromingen?. Deze vraag deelt zich verder op in deelvragen:

- (1) Wat is de visie en ervaring van therapeuten vanuit de systeemtherapie, psychoanalyse en cognitieve gedragstherapie m.b.t. individuele psychotherapie via videobellen?
- (2) Welke rol speelt de therapiestroming in de visie en ervaring die therapeuten hebben met individuele psychotherapie via videobellen?

METHODE

Keuze voor kwalitatief onderzoek

In deze masterproef staat de vraag “Wat is de beleving en visie op individuele psychotherapie via videobellen van therapeuten uit verschillende therapiestromingen?” centraal.

⁵ We leggen hierbij de focus op de Lacaniaanse psychoanalyse.

Deze focus vraagt om een aanpak die nadrukkelijk ingaat op de ervaringen en opinie. Kwalitatieve methoden geven de mogelijkheid tot het genereren van rijke data. Deze methoden laten toe te focussen op ervaringen van mensen en de betekenis die ze hieraan verlenen. Het vertrekt vanuit deze ervaringen om nieuwe inzichten te genereren in psychologische of sociale processen via de constructie van categorieën van betekenissen (Stiles, 1993). Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag, dienen we gebruik te maken van kwalitatieve methoden.

Kwalitatief onderzoek is polydimensioneel en laat bij de data-verzameling nog open welke dimensies relevant zullen zijn. Op die manier worden er geen mogelijk belangrijke verschillen gemist (Stiles, 1993). We leggen op voorhand nog niet vast welke dimensies er mogelijk belangrijk zijn en/of verschillen tussen de stromingen.

Deze aanpak leunt aan bij een constructivistisch paradigma, dat stelt dat er niet zoiets als ‘de realiteit’ bestaat, maar dat ieder zijn realiteit construeert, waardoor er meerdere ‘realiteiten’ naast elkaar kunnen bestaan. De bekomen data zijn dan een constructie van zowel de participant als de onderzoeker. Deze constructies zijn lokaal en specifiek. Kwalitatief onderzoek beoogt niet om universeel geldende principes te ontdekken, maar heeft aandacht voor de context waarin de resultaten verkregen worden (Stiles, 1993). Resultaten bij therapeuten uit Vlaanderen tijdens de COVID-19 pandemie kunnen verschillen van resultaten in andere culturen, maatschappijen, tijden en beleidsvoeringen. Het doel van deze studie is niet om universele voorspellingen te doen, maar om het bestudeerde fenomeen dieper te begrijpen (Stiles, 1993). De nuance en details die hiervoor nodig zijn, kunnen enkel bereikt worden door een lokale steekproef in diepte te bestuderen. De lezer kan hierbij zelf nagaan in welke mate de bevindingen van toepassing zijn op hun specifieke situatie. Om dit mogelijk te maken zullen de kenmerken van de steekproef zo gedetailleerd mogelijk beschreven worden.

Steekproef

Bij kwantitatief onderzoek ligt de focus op statistische generaliseerbaarheid via random sampling. Dit is echter niet de focus van kwalitatief onderzoek. Dit soort onderzoek richt zich op analytische generaliseerbaarheid. Diepgaand onderzoek ontwikkelt conceptualisaties waaruit abstracties van een hogere orde afgeleid worden. De focus ligt op de overdraagbaarheid van bevindingen naar andere contexten. Het gebruik van doelgerichte sampling i.p.v. random sampling biedt hiertoe de mogelijkheid. De steekproef dient niet representatief te zijn voor de populatie maar zo geselecteerd te worden dat deze rijke data oplevert. Aan de hand van een beschrijving van de steekproef, kan de lezer zelf nagaan in welke mate de resultaten van toepassing zijn op diens situatie. Dit onderzoek maakt gebruik van doelgerichte sampling.

Meer specifiek wordt bij deze masterproef gebruik gemaakt van criterium sampling. Hierbij worden een aantal criteria opgesteld aan welke de participanten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor de steekproef. Vermits de focus ligt op in-diepte onderzoek, wordt er gebruik gemaakt van een kleinere steekproef dan bij kwantitatief onderzoek. Via een aantal inclusiecriteria wordt getracht om via een kleine steekproef diepgaande resultaten te bekomen. Voor dit onderzoek werd gekozen voor een steekproef van negen participanten, drie therapeuten uit de cognitieve-gedragstherapie, drie uit de systeemtherapie en drie vanuit de psychoanalyse.

Het voornaamste inclusie criterium is dat de therapeuten ervaring dienen te hebben met psychotherapie via videobellen. Het is belangrijk hierbij twee opmerkingen te maken. Ten eerste is het mogelijk dat enkel therapeuten die voorheen een positieve attitude hadden t.o.v. therapie via videobellen hiermee aan de slag zijn gegaan. Dit kan ervoor zorgen dat de bestudeerde ervaringen in deze studie positiever zijn dan de algemene attitude in de populatie. Daarnaast is geweten uit onderzoek dat ervaring met therapie via videobellen mogelijk zorgt voor een meer positieve attitude er tegenover (Aafjes-Van Doorn et al. (2020)). Ook dit kan zorgen voor positievere resultaten dan in de populatie. Het doel van deze studie is echter niet om uitspraken te kunnen doen op populatieniveau, maar via rijke data tot meer begrip te komen. Daarom is het belangrijk dat de therapeuten voldoende ervaring hebben met therapie via videobellen.

Verder zijn er nog twee inclusiecriteria. De psychologen dienen zich hoofdzakelijk te focussen op individuele psychotherapie bij volwassenen en uit de privésector te komen (m.a.w. geen psychologen uit settingen zoals de psychiatrie, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor leerlingenbegeleiding). Dit om een zo homogeen mogelijke groep te creëren, waarbij het voornaamste verschil, het verschil in stroming is. Verder richten we ons voornamelijk op hulpverlening op de tweede lijn, aangezien er op de eerste lijn weinig gewerkt wordt vanuit een bepaalde stroming. Tot slot was richt deze studie zich ook op therapeuten die een masteropleiding klinische psychologie gevolgd hebben en zich hierbij verdiept hebben in één van de genoemde stromingen. Er werd geen criterium opgelegd inzake de hoeveelheid klinische ervaring waarover de therapeut moet beschikken. Deze criteria zorgen voor een zo homogeen mogelijke steekproef waarin de therapeutische stroming een punt van verschil vormt.

Tijdens het onderzoek werden toch enkele uitzonderingen gemaakt op deze criteria. Eén van de participanten, Jill, werkt wel voornamelijk op eerste lijn. Omdat hij aangaf toch voornamelijk van het cognitief gedragstherapeutische kader te werken, werd er besloten dat hij kon deelnemen aan de studie. Tijdens de opstart van het interview met de eerste participant uit de psychoanalyse (Ellen), bleek dat zij geen master in de klinische psychologie had, maar in de kunst. Ze had echter wel de permanente opleiding tot psychoanalyticus voltooid. Omwille van

de interessante reflecties die zij maakte en de duidelijke aanwezigheid van het psychoanalytisch kader in haar denken, werd ze toch verder opgenomen in het onderzoek. De onderzoeker is van mening dat deze uitzonderingen geen afbreuk doen aan het doel van de steekproef om rijke data te bekomen.

Tabel 1 geeft een overzicht van de participanten. De therapeuten staan in volgorde van de afname van de interviews. In bijlage 1 kan de lezer een tabel vinden met meer uitgebreide informatie.

Tabel 1

Beschrijving steekproef

Participanten	Leeftijd	Geslacht	Stroming^a	Start online werk
Johannes	26	M	CGT	Eerste lockdown België
Leen	29	V	S	Eerste lockdown België
Tania	35	V	CGT	Tijdens eerste lockdown België
Sia	33	V	S	Eerste lockdown België
Ellen	68	V	PA	Voor pandemie
Nico	62	M	S	Eerste lockdown België
Anne	42	V	PA	Voor pandemie
Hendrik	43	M	PA	Voor pandemie
Jill	59	M	CGT	Voor pandemie

Note. Deze tabel geeft een kort overzicht van de participanten. De namen zijn geanonimiseerd. Stroming verwijst naar de therapeutische stroming van de therapeut. Start online werk gaat over wanneer de therapeut gestart is met het geven van online sessies in verhouding tot de lockdown als gevolg van de COVID-19 pandemie in België.

^a S = systeemtherapie, CGT = cognitieve gedragstherapie, PA = psychoanalyse

Miles en Huberman (1994) stelden in hun handboek voor kwalitatief onderzoek (pagina 34) een checklist op voor sampling bij kwalitatief onderzoek. De reflecties op deze vragen worden besproken in bijlage 2.

Materialen

Om inzicht te krijgen in de visie en ervaring van de therapeuten maakt deze studie gebruik van semigestructureerde interviews. Op die manier komen enerzijds de onderwerpen die de onderzoeker belangrijk acht aan bod en anderzijds is er ook voldoende ruimte voor eigen inbreng van de participanten. Vanuit de onderzoeksvraag stelt de onderzoeker interviewvragen op. Deze vormen een leidraad voor de interviews. Het is echter mogelijk dat ze in een andere volgorde of

op een andere manier gesteld worden, naargelang de inbreng van de participanten. Daarbij is er ook nog voldoende ruimte om spontaan andere vragen te stellen die volgen op wat de participanten inbrengen. Deze methode komt zo het exploratieve luik van dit onderzoek ten goede. Er is namelijk voldoende ruimte om onverwachte informatie toe te laten. De semigestructureerde interviews hebben zowel aandacht voor belangrijke concepten uit de literatuur als voldoende openheid voor nieuwe elementen.

Voor het opstellen van de vragen werd gewerkt vanuit de onderzoeksvraag en bevindingen van de literatuurstudie. De onderstaande alinea's geven een verantwoording voor het gebruik van deze specifieke vragen. Dit verantwoorden draagt bij aan de validiteit van de vragen. De literatuurstudie gaf aanleiding tot vijf onderwerpen: de overschakeling naar videobellen, de organisatie van online sessies, de beleving van de online sessies, de attitude ten opzichte van sessies via videobellen en een concluderend thema over de toekomst van online therapie. Elke hoofdvraag komt met deelvragen die ervoor zorgen dat alle aspecten die van belang zijn voor de onderzoeksvraag aan bod komen. Extra vragen worden toegevoegd indien de participant niet voldoende kan vertellen over een bepaalde vraag. De interviewgide is te vinden in de bijlage.

De eerste vraag peilt naar de beleving van de overschakeling op sessies via videobellen. Hierbij is het belangrijk te weten waarom de therapeut in kwestie gekozen heeft om sessies online te laten doorgaan. De motivatie hierachter geeft een indicatie over hoe de therapeut bij de start stond t.o.v. online therapie, wat mogelijk een rol speelt in diens latere beleving en visie. Daarnaast is een dieper begrip van hoe de therapeut zich heeft voorbereid op de online sessies relevant. Uit de literatuurstudie bleek dit een belangrijke factor voor de verdere attitude. Om een dieper begrip te krijgen over hoe deze voorbereiding precies verloopt, is een extra vraag toegevoegd. Een andere factor uit de literatuurstudie, steun van een leidinggevende en technische dienst inspireerde de laatste deelvraag naar de rol die het team speelde in de overgang.

Het tweede onderdeel peilt naar hoe de therapeut een online sessie organiseert. Dit om als onderzoeker meer zicht te krijgen op de diverse manieren waarop dit vorm krijgt en hoe de vormgeving zich verhoudt tot de attitude van de therapeut. Een tweede deelvraag gaat over de omgeving van waaruit de therapeut therapie geeft. Zoals besproken in de literatuurstudie is het niet uit te sluiten dat de omgeving mogelijk een rol speelt in het therapieproces. De derde deelvraag gaat over de betaling van online sessies. Dit is een element dat niet aan bod kwam in de literatuurstudie. De vraag werd pas toegevoegd na het transcriberen van het derde interview. De participant sprak hierbij over de betaling. Dit deed de onderzoeker denken aan wat de psychoanalyse schrijft over de betaling. Desmet (2019) stelt dat cash betalen de voorkeur heeft,

aangezien deze manier het meeste recht doet aan het symbolisch aspect van betalen. Hij geeft hierbij casussen die tonen dat de act van het betalen een onderdeel is van het therapeutisch proces. Bij online sessies is cash betalen echter niet mogelijk. De vraag kan gesteld worden naar hoe de betaling online meestal verloopt en welke rol dit speelt in het proces. Om die redenen werd deze vraag toegevoegd.

Het derde deel gaat over de beleving van de therapeut van de online sessies. De eerste vraag tracht zicht te krijgen op hoe ze dit persoonlijk beleefd hebben. Uit de literatuurstudie bleek bijvoorbeeld dat de mate van twijfel en angst die therapeuten ervaren een invloed heeft op hun attitude (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Om voldoende zicht te krijgen op de persoonlijke beleving zijn er extra vragen die de interviewer zal gebruiken indien de participant uit zichzelf weinig te vertellen heeft. Op die manier kan er toch nog voldoende rijke data verzameld worden. De extra vragen peilen naar de ervaring van hun 'kunnen' tijdens online sessies, de beleving van hun authenticiteit en hoe ze afleiding beleven bij zichzelf en hun patiënten. Ook deze concepten kwamen aan bod in de literatuurstudie (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). Verder kan eventueel gepeild worden naar hoe het zien van zichzelf op het beeldscherm beleefd wordt. Dit element werd namelijk in de studie van Garcia et al. (2021) besproken als duidelijk verschil met face-to-face therapie. Daarnaast zijn er drie specifiekere vragen. Als eerste de vraag naar de beleving van het uitvoeren van specifieke interventies. Het vorige onderdeel bevroeg hoe ze de sessie en interventies aangepakt hebben online. In dit onderdeel ligt de focus op hoe ze de uitvoering van deze aanpak beleefd hebben. Deze interventies kunnen al dan niet stromingsgebonden zijn. Voorbeelden hiervan zijn het werken met een GGG-schema zijn bij cognitieve gedragstherapie, het hanteren van stiltes bij de psychoanalyse en het werken met een genogram bij systeemtherapie. Meer algemene interventies zijn bijvoorbeeld gesprekstechnieken. Het is echter belangrijk om zo open mogelijk te blijven. Om dit te bewerkstelligen worden er tijdens het interview geen voorbeelden gegeven. De interviewer volgt wat de betreffende therapeut onder die term begrijpt en de voorbeelden die deze aanhaalt. Hierdoor blijft het open of er al dan niet verschillen zullen zijn in de interventies die de therapeuten aanhalen. Hoe de therapeuten interventies beleven, kan een dieper begrip verschaffen over hoe hun attitude vorm krijgt. Tot slot peilt dit onderdeel hoe de therapeut denkt dat diens patiënten de online therapie beleven. Uit de literatuurstudie bleek dat dit een factor is die invloed heeft op de attitude van de therapeuten. Hierbij aansluitend is er een vraag naar hoe de therapeuten de relatie met hun patiënt beleven tijdens de online sessies. Ook dit aspect werd aangehaald in de literatuurstudie.

Het vierde onderdeel peilt naar de mening van de therapeuten over de waarde van psychotherapie via videobellen. Als eerste wordt er gevraagd naar hoe de therapeut vindt dat

online sessies zich verhouden tot face-to-face sessies. Deze bewoording laat open of de therapeut ervaart dat er al dan niet verschillen zijn. Er wordt verder wel gevraagd naar hun mening over mogelijke voor-en nadelen. Vraag 4.1. bleek na een evaluatie na het derde interview overbodig. De participanten brengen de relevante informatie hierover al eerder aan bod bij de vraag naar de organisatie van online sessies. Hier maken ze spontaan de vergelijking met hun face-to-face sessies. Om die redenen werd deze vraag uit de guide gehaald na het derde interview.

Als laatste onderdeel verlegt de focus zich naar de toekomst van het therapielandschap. De vragen gaan dieper in op de mening van de therapeuten over de plaats van videobellen in het toekomstige psychotherapeutische landschap, zowel tijdens specifieke situaties zoals de COVID-19 pandemie als in het algemeen.

Op het einde krijgen de therapeuten de mogelijkheid om toevoegingen te doen die zij belangrijk vinden en waarvoor nog geen tijd en ruimte was tijdens het interview. Dit draagt bij aan de open blik die dit kwalitatief en exploratief onderzoek hanteert.

Om te oefenen met het stellen van de vragen en om deze al een eerste maal te evalueren, werd een oefeninterview gedaan met een kennis van de onderzoeker. Het ging om een vrouwelijke psychologe die tijdens de pandemie online begeleiding had geboden. Hierbij vond de onderzoeker dat de interviewvragen voldoende omvattend waren, daar de vrouw geen extra aanvullingen meer kon geven rond het onderwerp na het overlopen van alle vragen. Daarnaast gaf ze ook aan dat alle vragen voldoende duidelijk waren. Er werd bijgevolg niets gewijzigd aan de interview guide. De bekomen data maken geen deel uit van dit onderzoek.

Het onderzoeksmateriaal voor de data-analyse bedraagt negen interviews, die verbatim getranscribeerd zijn. De volgende sectie gaat dieper in op de aanpak van deze analyse.

Data-analyse

Het doel van deze studie is om ervaringen en visies te vergelijken over diverse therapeutische stromingen. Thematische analyse is een methode voor data-analyse gericht op het identificeren en analyseren van patronen (Braun & Clarke, 2006). Het spitst zich toe op het algemene en minder op het particuliere van elke participant. Dit onderzoek maakt voor deze analyse gebruik van de richtlijnen uit het artikel van Braun en Clarke (2006). De auteurs stelden vijf vragen op die een onderzoeker moet beantwoorden voor deze kan starten met de analyse.

(1) Wat telt als thema?

Een bepaald patroon in de dataset wordt een thema naargelang de relevantie ervan voor de onderzoeksvraag. Het is niet zozeer de prevalentie ervan dat de keuze bepaalt, zoals bij kwantitatief onderzoek. De keuze zal een weloverwogen en verantwoorde keuze van de onderzoeker zijn

(2) *Een rijke beschrijving van de dataset of een gedetailleerde rapportage van een specifiek aspect?*

Deze studie geeft een rijke beschrijving van de dataset, waarbij de focus ligt op de algemene, dominante thema's. Hoewel hierbij mogelijk een deel van de diepte en complexiteit verloren gaat, zorgt dit wel voor een overzicht. Gezien er nog weinig geweten is over het onderwerp, is dit de verkozen aanpak.

(3) *Inductief of theoretisch?*

Gezien de exploratieve aard van het onderzoek is het logisch om inductief eerder dan theoretische te werk te gaan. Er is geen bestaand model voorhanden aan de hand waarvan thema's kunnen geïdentificeerd worden. De studie is met andere woorden data-driven (bottom-up), waarbij er op voorhand geen hypothesen zijn. Het doel is dat de thema's zoveel mogelijk uit de antwoorden van de participanten komen. Het is echter een illusie dat een onderzoeker zich helemaal vrij kan maken van theoretische kaders. Hoe het huidig onderzoek hiermee omgaat, staat beschreven in de sectie over kwaliteitsbewaking.

(4) *Semantische of latente thema's?*

Thema's kunnen op twee niveaus geïdentificeerd worden: semantisch of latent. Semantisch houdt in dat de thema's expliciet uit de antwoorden van de participanten komen. De analyse blijft aan de oppervlakte van de data. Dit onderzoek gaat echter de achterliggende ideeën en assumpties van de thema's na i.p.v. op beschrijvend niveau te blijven. Dit is de latente aanpak voor het identificeren van thema's.

(5) *Epistemologie: realisme of constructivisme?*

Een thematische analyse kan gevoerd worden vanuit twee verschillende epistemologische kaders: realisme of constructivisme. Het kader bepaalt wat er geweten kan worden en bijgevolg welke resultaten dit onderzoek kan bekomen. Het realisme stelt dat er één realiteit is die gekend kan worden. Taal geeft de werkelijkheid weer op een manier die toegankelijk is voor anderen. Het constructivistisch paradigma stelt dat er meerdere realiteiten mogelijk zijn en iedereen zijn eigen realiteit construeert. Taal schept hier mee de realiteit i.p.v. er louter een weergave van te zijn. Deze masterproef gaat uit van een constructivistisch kader. De antwoorden van de participanten worden gezien als een weergave van hun specifieke realiteit, die kadert binnen hun socio-culturele omgeving. Bijgevolg heeft ook de omgeving en het eigen referentiekader van de onderzoeker een invloed op hoe deze de antwoorden zal interpreteren. Dit wordt verder besproken bij de kwaliteitsbewaking.

Braun en Clarke (2006) delen het proces van analyse op in zes stappen, die niet strikt gevolgd hoeven te worden, maar voornamelijk richtlijnen zijn voor het uitvoeren van een thematische analyse. De fasen volgen elkaar niet lineair op, maar de onderzoeker gaat heen en weer tussen de verschillende fasen. Dit is een iteratieve en circulaire benadering van het onderzoeksproces. Deze fasen worden één voor één besproken bij de procedure van de data-analyse.

Procedure

Werving van de participanten. Voor de werving van de participanten werden online psychotherapeuten opgezocht die zelfstandig – al dan niet in een groepspraktijk – werken. Deze therapeuten werden gecontacteerd via mail, waarin aangegeven werd wat de inclusiecriteria zijn en hoe hun deelname aan het onderzoek er zou uitzien. Er werden 193 psychotherapeuten gecontacteerd waarvan er 13 toegezegd hebben voor een interview. Hieruit werden negen therapeuten geselecteerd die het meest voldeden aan de criteria. Bij toestemming van de therapeut voor een interview werd er een afspraak gemaakt voor de tijd en plaats van het interview.

Data-verzameling. Alle interviews werden afgenomen door de onderzoeker zelf. De meeste interviews gingen door in de praktijk van de betreffende therapeut, de anderen via videobellen. In het kader van de pandemie en wegens geografische afstand gingen vier interviews online door, via Zoom. Hierbij werd de opname op Zoom zelf gemaakt. Drie van deze online interviews (Hendrik, Nico en Jill) werden vroegtijdig beëindigd omdat de therapeut andere verplichtingen had, waarbij een afspraak gemaakt werd voor het tweede deel van het interview. Dit gaf een nieuw element in de interviews, namelijk tussentijdse reflectietijd, zowel voor de therapeut als voor de onderzoeker. De deelnemen aan het interview kan zorgen voor nieuwe reflecties en bedenkingen bij de therapeuten. Die reflectie hadden op hun beurt mogelijk een invloed op de vormgeving van het werk, wat weer tot nieuwe reflecties kan leiden. Het kan er ook voor zorgen dat de therapeut op een andere manier keek naar het therapieproces of op andere aspecten ging focussen. Bij de onderzoeker zorgde de tussentijdse bedenktijd voor extra vragen die die aan de therapeut wou stellen. De ervaring toonde dat dit tot meer en rijkere data leidde, waardoor deze onderbreking als een voordeel gezien wordt.

Bij de start van het interview werd een korte briefing gedaan over het doel en kader van het onderzoek. Hierbij werden de vertrouwelijkheid en het anonimiseren van de gegevens benadrukt. De opnames werden gedaan op de iPhone, waarbij reservekopie werd uitgeschakeld. Na het interview werden de opnames overgezet op een externe harde schijf en volledig verwijderd van de iPhone.

Samen met analytische generaliseerbaarheid richt kwalitatief onderzoek zich ook op transferability. Kwalitatief onderzoek moet met andere woorden het mogelijk maken de bevindingen op andere settings toe te passen, om aan zogenoemde case-to-case translation te doen. Of de bevindingen al dan niet in een andere setting toe te passen zijn, is het oordeel van de lezer. Hiervoor wordt de steekproef rijk beschreven. Om deze rijke beschrijving te kunnen geven, opent het interview met enkele vragen rond eigenschappen van de therapeuten. Er werd bevraagd aan welke onderwijsinstelling de master in klinische psychologie werd behaald. Als volgt werd bevraagd in welke therapeutische stroming de therapeut een opleiding heeft gehad en waar deze opleiding gevolgd werd. Verder vroeg de onderzoeker op welke manier de sessies van de therapeut op dat moment doorgingen (via videobellen, face-to-face of een combinatie), hoeveel en welke klinische ervaring de therapeut heeft en hoeveel ervaring deze heeft met therapie via videobellen. De literatuurstudie indiceert dat een aantal van deze factoren een rol spelen in de attitude van de therapeut, zoals ervaring met sessies via videobellen. Over andere factoren, zoals klinische ervaring en leeftijd van de therapeut, was geen eenduidige conclusie. Deze drie factoren dragen echter bij aan een rijkere beschrijving van de steekproef.

Bij afloop krijgen de participanten de optie om aan te geven dat ze de transcriptie van hun interview willen nalezen vooraleer de data-analyse start. Ze hebben dan de mogelijkheid om nog toevoegingen en/of wijzigingen te doen. Deze optie is er omdat een interview een momentopname is en nooit de volledige waarheid van een persoon. Hun visie kan altijd veranderen en/of uitbreiden. Vier participanten maakten hier gebruik van. Sia gaf aan dat ze het waardevol vindt als therapeut om te reflecteren over dit onderwerp. Ze hoopte dat het lezen van het transcript haar zou stimuleren tot verdere reflectie. Ook Ellen, Jill en Hendrik maakte gelijkaardige bedenkingen en vonden het interessant om hun eigen interview nog eens te kunnen doorlezen. Geen enkele participant vroeg echter om wijzigingen te doen of nog iets toe te voegen. Daarnaast gaven alle participanten aan dat ze wensten op de hoogte gehouden te worden van de onderzoeksresultaten.

Vooraleer overgegaan werd tot een volgend interview, werd de initiële analyse van het vorige interview gedaan. Op deze manier kon de onderzoeker evalueren of de vragen relevante en voldoende rijke informatie opleveren en of er al dan niet aanpassingen aan de interview guide gedaan moeten worden. Pas na deze reflectie vond een volgend interview plaats.

Analyse. Voor de thematische analyse stelden Braun en Clarke (2006) zes stappen op. Concreet werd gebruik gemaakt van het programma 'NVivo' voor de uitvoering ervan.

STAP 1: Familiariteit met de data. In de eerste stap moet de onderzoeker zich onderdompelen in de data om zowel de diepte als de breedte ervan te leren kennen. Een manier

om dit te bekomen is om zelf de transcriptie van de interviews te doen. Deze transcriptie moet minstens al het verbale bevatten, waarbij de mate van details afhangt van de onderzoeksvraag (Braun & Clarke, 2006). De transcriptie gebeurt verbatim, wat inhoudt dat alle gesproken woorden genoteerd worden. De onderzoeker heeft alle transcripties zelf gedaan. Deze zorgden voor een nieuwe blik op het besproken materiaal en voor verdere reflecties bij de onderzoeker. Deze reflecties werden genoteerd in memo's bij de transcripties, die verder in het proces gebruikt werden om thema's te vormen. De transcripties en reflecties werden gedaan vooraleer aan een volgend interview begonnen werd. Op die manier werd de informatie uit de vorige interviews een nieuw kader voor het volgende interview.

STAP 2: Genereren van initiële codes. Het doel van deze stap is om alle relevante betekenis-eenheden te coderen op een systematische manier. Een betekenis-eenheid is een data extract dat een reflectie of ervaring bevat die relevant is voor de onderzoeksvraag. Een code is een abstractie hiervan die zo dicht mogelijk bij de data blijft. Eén data-extract krijgt één, meerdere of geen codes (Braun & Clarke, 2006). Na de transcriptie werd overgegaan tot een eerste analyse vooraleer aan een volgend interview begonnen werd. Nadat alle interviews een eerste maal gecodeerd waren, werd nog een tweede maal door de interviews gegaan om initiële codes te genereren. De context van alle interviews bood namelijk een nieuw perspectief op bepaalde onderwerpen uit de oudere interviews.

STAP 3: Thema's zoeken. In deze stap brengt de onderzoeker de codes onder in mogelijke thema's. Hierbij denkt de onderzoeker ook al na over hoe deze codes en thema's zich tot elkaar verhouden en welke niveaus er in deze thema's zitten. De fase eindigt met een lijst van kandidaten voor thema's en subthema's. De onderzoeker schrapt nog geen mogelijke thema's uit de lijst. Na deze eerste groepering werd een lijst van acht thema's bekomen.

STAP 4: Herbekijken van de thema's. De onderzoeker bekijkt de lijst van thema's opnieuw en probeert deze te verfijnen. Hij gaat na of er voldoende data is om de thema's te onderbouwen, of er thema's zijn die moeten worden samengevoegd of verder opgedeeld in (sub)thema's. Hierbij kijkt deze terug op de vorige stappen en worden bepaalde data-extracten nog (anders) gecodeerd. Dit past binnen het iteratieve aspect van deze benadering. Tijdens deze fase kregen een aantal van de originele codes een andere naam, werden ze samengevoegd bij een andere code of verwijderd omdat de onderzoeker ze irrelevant achtte voor de huidige onderzoeksvraag. Het aantal thema's werd teruggebracht tot vijf, waarbij sommige thema's samengevoegd werden of bij andere thema's werd ondergebracht.

STAP 5: Definiëren van en naam geven aan de thema's. In deze stap definieert de onderzoeker wat de essentie is van elk thema en welke aspecten van de data het vat. Voor elk

thema geeft hij aan waarom dit van belang is. Dit houdt in dat de onderzoeker beschrijft wat de kern van elk thema is, hoe het binnen de andere thema's past, wat de subthema's zijn en hoe dit thema de onderzoeksvraag beantwoord. Bij deze definiëring bedenkt de onderzoeker een naam voor de thema's, die duidelijk aangeeft waarover het thema gaat. Ook hier komt het iteratieve aspect aan bod. Tijdens het uitschrijven werden immers nog subthema's geschrapt of samengevoegd.

STAP 6: Rapportage. De rapportage is het neerschrijven van een duidelijk en coherent verhaal over de data. Hierbij wordt bewaakt dat er voldoende evidentie voor elk thema's is, wat aangegeven wordt in de rapportage aan de hand van quotes. De onderzoeker argumenteert waarom de thema's relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Dit is te lezen in de resultatensectie.

Kwaliteitsbewaking

Ook bij kwalitatief onderzoek is een systematische aanpak belangrijk. Dit toont zich onder andere in de opvolging van de zes fasen voor data-analyse zoals beschreven door Braun en Clark (2006) en de beschrijving van de ontwikkeling en aanpassing van de interview guide.

Voor het onderzoek wordt uitgevoerd, is het belangrijk stil te staan bij de verwachtingen, vooroordelen, waarden en oriëntatie van de onderzoeker. Dit geeft de lezer meer inzicht in hoe de onderzoeker de observaties interpreteert en geeft een startpunt om na te gaan hoe de observaties de ideeën van de onderzoeker gewijzigd hebben (Stiles, 1993). De verwachtingen zijn dat therapeuten vanuit de psychoanalyse psychotherapie via videobellen een minder geschikt alternatief vinden dan therapeuten uit de systeemtherapie of cognitieve gedragstherapie. De onderzoeker denkt dat psychoanalytici zullen vinden dat hun methoden minder geschikt zijn voor videobellen dan de methoden van de andere twee stromingen. Deze verwachtingen zijn gevormd deels vanuit de literatuurstudie en deels vanuit ideeën opgebouwd tijdens de masteropleiding van de onderzoeker.

Een ander belangrijk startpunt is dat de onderzoeker zelf therapie gevolgd heeft via videobellen. De eigen ervaringen waren dat deze vorm minder engagerend was en minder verbondenheid met de therapeut teweegbracht. Daarnaast was er ook meer afleiding en waren technische problemen storend voor het therapieproces.

We dienen ook de algemene achtergrond van de onderzoeker te bespreken. De onderzoeker is een 24-jarige vrouw, die voldoende financiële middelen heeft om psychologische hulp te zoeken. De familieleden van de onderzoekster kampen ook met psychologische problemen, waarvoor ze op heden en in het verleden psychotherapie gevolgd hebben. Deze leden hebben tijdens de pandemie ook allemaal één of meermaals online therapie gevolgd, waarbij de attitude er tegenover van negatief tot neutraal varieert. Verder heeft de onderzoeker een opleiding

klinische psychologie gevolg aan de universiteit van Gent. Als laatste is het ook belangrijk te vermelden dat de promotor van deze masterproef zelf geen liefhebber is van therapie via videobellen en dit zoveel mogelijk vermijdt in zijn eigen praktijk.

Daarnaast is het ook belangrijk om na te denken welke assumpties aanwezig zijn in de sociale en culturele context van deze studie, waarbij men kijkt naar gedeelde visies, relevante waarden en omstandigheden (Stiles, 1993). Een belangrijke context is de COVID-19 pandemie, die psychotherapeuten verplichtte online te werk te gaan. Naast de pandemie vindt het onderzoek plaats in een westerse context, waar velen toegang hebben tot en kennis hebben van technologie, al zijn hier zeker verschillen in naargelang generatie en sociaaleconomische status. Hoewel het internet al gebruikt werd in de psychotherapeutische praktijk in Vlaanderen voor de pandemie, was dit zeker nog geen standaard gebruik. De pandemie heeft voor een verandering in het therapeutisch landschap gezorgd. Een andere contextfactor die een rol kan spelen, is de dominantie van het neoliberale discours met zijn focus op efficiëntie. Dit is onder andere te zien in termen zoals ‘kosten- en batenanalyse’ die wel vaker gebruikt worden bij discussies over de wenselijkheid van bepaalde psychotherapeutische benaderingen.

In kwantitatief onderzoek maakt men gebruik van de concepten betrouwbaarheid en validiteit om de kwaliteit van het onderzoek te evalueren. Deze concepten vertalen zich echter niet zo gemakkelijk naar kwalitatief onderzoek. Daarom stellen Lincoln en Guba (1985) de concepten credibility, dependability, confirmability en transferability voor. Credibility gaat over hoe nauw de reconstructies en interpretaties van de onderzoeker aansluiten bij de geconstrueerde realiteit van de participanten. Eén van de technieken die gebruikt wordt om dit zoveel mogelijk te laten aansluiten is triangulatie. Het gebruiken van verschillende theoretische kaders (de theoretische stromingen) om online therapie te bestuderen kan gezien worden als een vorm van triangulatie. We gebruiken verschillende perspectieven om online therapie te onderzoeken.

Transferability gaat over de toepasbaarheid van de bevindingen in andere contexten. Aan de hand van een rijke beschrijving van de steekproef, kan de lezer nagaan op welke contexten de resultaten van toepassing zijn. Verder maakt men gebruik maken van rijke beschrijvingen van de data en reflexiviteit. De reflexiviteit is het beschrijven van de verwachtingen en ideeën van de onderzoeker alsook de context waarin het onderzoek plaatsvindt.

Dependability verwijst naar de betrouwbaarheid van de bevindingen. Dit houdt echter niet hetzelfde in als bij kwantitatief onderzoek, waarbij het gaat over het bekomen van dezelfde resultaten bij verschillende metingen. In kwalitatief onderzoek onderkent men dat fenomenen dynamisch zijn en participanten over tijd evolueren in hun opinies en verhalen. Om binnen dit kader betrouwbare bevindingen te rapporteren is het nodig om het onderzoeksproces zo

transparant mogelijk te beschrijven en alle keuzes te verantwoorden. Hierdoor kan de lezer nagaan hoe de onderzoeker tot de conclusies gekomen is en kan de lezer zelf beslissen in welke mate die het eens is met de gemaakte keuzes en conclusies van de onderzoeker.

Tot slot verwijst confirmability naar de mate waarin de conclusies uit de data van de participanten voortkomen en niet vanuit de blinde vlekken, motivatie of interesse van de onderzoeker. Zowel bracketing (het ‘tussen haakjes’ zetten van de eigen ervaringen en overtuigingen bij de onderzoeker) als triangulatie kunnen ook hierbij helpen.

Ethiek

De interviews worden opgenomen met de iPhone. Hierbij staat de reservekopie uitgeschakeld. Daarna verhuizen de opnames anoniem naar een externe harde schijf en worden ze volledig verwijderd van de iPhone. Ook de transcripties worden anoniem bewaard op de externe harde schijf.

Vermits er niet met patiënten gewerkt wordt en geen persoonlijke sensitieve informatie gevraagd wordt, is het niet nodig met een informed consent te werken. De deelname aan het onderzoek blijft vrijwillig. Er werden geen voordelen en/of beloningen gekoppeld aan de deelname.

RESULTATEN

Zoals beschreven in de methodesectie werd een thematische analyse doorgevoerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de vijf thema's. Deze worden verder in detail besproken aan de hand van hun subthema's en quotes van de therapeuten om zo een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen.

Tabel 2

Overzicht van de thema's uit de thematische analyse

Thema's met subthema's
Online therapie is 'kleiner'
<i>Het blikveld is kleiner bij online therapie</i>
<i>Bij online therapie is er minder bewegingsruimte</i>
<i>Van 3D naar 2D: Bij online therapie is er minder een gedeelde ruimte</i>
<i>Soms dient men het beeld weg te nemen bij online therapie</i>
Online therapie zorgt voor onzekerheid

Sommige therapeuten ervaren bezorgdheid en onzekerheid voordat ze met online therapie starten

Online is er meer onzekerheid over de betekenisoverdracht

Online lukt aanvoelen soms minder goed

De therapeut stelt zich vragen rond de effecten van online therapie

Bij online therapie is er een verschuiving in verantwoordelijkheid en engagement

Bij face-to-face therapie is de therapeut verantwoordelijk voor een veilige en rustige ruimte

Bij face-to-face therapie is de patiënt verantwoordelijk voor het maken van ruimte voor therapie in diens leven

Bij online therapie is de patiënt verantwoordelijk voor een veilige en rustige ruimte

Bij online therapie vallen de verplaatsing en de automatische gevolgen hiervan weg

Bij online therapie is er het extra aspect van de technologie

Online therapie heeft enerzijds effecten, anderzijds betekent het niet dat het noodzakelijk van even goede kwaliteit is.

Online therapie heeft effecten

Sommige patiënten hebben nood aan online therapie

Een deel van de menselijke factor lijkt ontbreekt

Online therapie heeft methodologische beperkingen

Technische problemen verstoren het proces

Als online therapie een verplichting is, is er uitval

Online therapie verandert de privé-werk grens

Bij online therapie in de thuisomgeving toon je soms meer van jezelf dan je wilt als therapeut

Therapeuten hebben de voorkeur om vanuit de praktijk te werken

Therapie geven in de thuisomgeving maakt het moeilijker om de grens privé-werk te behouden

Thema 1: Online therapie is ‘kleiner’

Het blikveld is kleiner bij online therapie

Bij online therapie vernauwt het blikveld zich tot enkel het scherm. De therapeuten merken dat zowel zijzelf als hun patiënten minder rondkijken en elkaar meer aankijken tijdens de online sessies. Sia zegt dat het respectloos voelt online om evenveel rond te kijken als bij face-to-face therapie.

Sia: *“Uw blikveld is veel ruimer bij face-to-face therapie. Terwijl online is uw blikveld zo dat [toont met handen naast haar hoofd een versmald blikveld aan]. Of je kan inderdaad naast de computer kijken, maar dat voelt ook vaak niet zo heel respectvol aan om dan zo’n beetje zo ‘tu tu tu’ overal te gaan kijken.”*

Volgens Sia heeft dit mogelijk twee gevolgen. Als eerste kan het ervoor zorgen dat men minder associatief blijft vertellen. Rondkijken zou volgens haar het associatief denken stimuleren.

Sia: *“Ik weet niet of dat het is omdat je jezelf ziet, maar vaak is het wel zo, bijvoorbeeld als je aan het wandelen bent, dat je veel uitgebreider kunt vertellen of dat het gemakkelijker gaat ook om over dingen te gaan vertellen. Daarop is heel die EMDR ook gebaseerd, op het feit dat er meer associaties komen als uw ogen van links naar rechts bewegen. (...) Terwijl dat die associaties veel minder komen als je enkel maar misschien recht voor u moet kijken, terwijl hier kan je inderdaad van links naar rechts kijken of je zet je eens anders. Dat verlies je wel een stukje, als je online therapie geeft.”*

Een tweede fenomeen dat volgens de therapeuten kan volgen uit de vernauwing van het blikveld is dat stiltes moeilijker te verdragen zijn. Het aankijken van elkaar tijdens de stiltes en het minder kunnen rondkijken, zorgt er volgens hen voor dat ofwel de therapeut ofwel de patiënt zich geforceerd voelt om iets te zeggen. Wanneer de therapeut de stilte minder kan laten bestaan, is de patiënt minder aan één stuk aan het woord. Dit kan ervoor zorgen dat er meer onderwerpen aan bod komen tijdens een online sessie dan bij face-to-face therapie. Sia spreekt in dit kader over een ‘tempoverschil’. Wanneer patiënten minder doorspreken, moet je dit als therapeut meer actief stimuleren.

Anne: *“Eigenlijk ervaar ik die agressiever online. Voel ik, ervaar ik mijzelf, mijn eigen stiltes als agressiever.”*

Het tempoverschil en de meer actieve aanpak zouden mogelijke redenen kunnen zijn voor de grotere vermoeidheid die therapeuten rapporteren bij online therapie. Vijf van de therapeuten gaven aan dat ze online therapie meer intens en/of vermoeiender vinden.

Johannes: *“Het kost veel meer energie. Omdat we eigenlijk veel dingen automatisch afleiden uit het non-verbale en het non-verbale valt voor een groot deel weg. (...) Ik denk dat dat die betrokkenheid wat doet verminderen en dat het over het algemeen vermoeiender en een beetje saaier aanvoelt, waar het normaal gezien niet zo saai is.”*

Ellen en Tania gaven aan dat bij hen de vermoeidheid over tijd wel beter werd. Enkel Jill gaf aan dat hij het niet vermoeiender vindt.

Tania: *“Ik vind het op zich wel intensief om te doen. Zeker in het begin vond ik dat het meer energie van mij vroeg dan een face-to-face gesprek. Omdat je net wat alerter bent op signalen. Zeker ook als de internetverbinding dan niet goed mee wilt. (...) Maar je groeit daar ook wel in, zoals dat ik bij mezelf heb gemerkt van die online sessies. En het is wel zo een beetje het gevoel dat je er wordt in gezogen, maar het vraagt wat minder energie en het is minder intensief dan in het begin.”*

Therapeuten zijn meer gefocust op het scherm bij online therapie omdat daar alle informatie te vinden is. Het niet samen aanwezig zijn in een ruimte, zorgt namelijk voor het wegvallen van een deel van de informatieoverdracht, zoals hand- en voetbewegingen, houding en geur. Dit verlies aan informatie wordt verder nog besproken bij de subthema's 'Een deel van de menselijke factor mist online' en 'online therapie zorgt voor onzekerheid'. Hierdoor zijn de therapeuten alerter op de signalen die wel nog zichtbaar zijn. Johannes gaf aan dat hij daarnaast ook de emoties en reacties van patiënten explicieter bevroegt. Zowel het continu kijken op het scherm, de alertheid op de signalen als het explicieter moeten bevragen, kunnen mogelijke oorzaken zijn van de grotere vermoeidheid die gerapporteerd wordt.

Tania: *“Je hebt dat scherm van je laptop waarin dat je moet kijken. Als je in een therapieruimte zit, dan kijk je wel een keer naar boven. En ik zal dat ook wel doen tijdens de gesprekken online, maar ja je fixeert je meer op dat scherm, omdat je het daar wel moet doen, vind ik. Dat je daar ook alles moet zien. Als je zo, als ik nu naar u kijk bijvoorbeeld en jij zit hier, dan zie ik u wel, maar dan zie ik ook alle dingen ernaast. (...) Online is het wel van 'oké ik moet wel goed focussen op wat dat er daar allemaal te zien is op dat scherm, want dat is het enigste dat ik heb om op af te gaan.”*

Bij online therapie is het gezicht van de ander dichterbij. Hierdoor kan de patiënt de gezichtsuitdrukkingen van de therapeut beter zien. Anne vindt het hierdoor moeilijker om

neutraal over te komen online. Het zorgt er daarnaast ook voor dat de blik van de ander meer naar voor komt. Anne voelde zich soms meer in het oog gehouden door haar patiënten.

Anne: *“Soms voel ik mij ook wel een beetje gevangen door dat beeld zelf. Omdat je zo in dat beeld zit en omdat die patiënt zo naar u kijkt. (...) Maar ik voel mij soms ook wel gevangen door de blik van mijn patiënten op mij. Omdat die blik voor mij ook zo dichtbij is. Hun blik op mij. Dat is ook wel iets dat ik mij, ja wat al zo door mijn hoofd gegaan is zo van... die zit hier nu altijd te kijken naar mij. In een live conversatie, kijk je naar elkaar, maar je hebt niet noodzakelijk altijd zo het gevoel dat de ander u in het oog zit te houden, en bij online therapie heb ik dat veel meer. Bij sommige patiënten ook eh... het valt ervan af, het hangt ervan af.”*

Bij online therapie is er minder bewegingsruimte

Waar Anne aangaf dat ze zich ‘gevangen voelt door het beeld’ door de blik van haar patiënten, voelt Jill zich gevangen in het beeld omdat hij bij online therapie minder kan bewegen. Als je te veel beweegt of van houding verandert, verdwijnt je namelijk uit beeld. De therapeuten rapporteren dat ze bijgevolg naar voor geleund – ‘leunend in het scherm’ - zitten. Bij face-to-face therapie veranderen ze vaker van houding en leunen ze vaker eens achterover. Hendrik merkte op dat ook zijn patiënten meer ‘vastzitten’.

Hendrik: *“Ik vind de houding die men heeft, de vrijheid die men neemt om te bewegen is zeer beperkt. Ik vind mensen soms zeer gecrispeerd als ze naar een camera kijken. Alsof dat heel hun lichaam er niet meer toe doet en ze zitten soms gewoon vast. Maar goed dat is ook omdat die camera niet gericht is op heel hun lichaam.”*

Het naar voor geleund zitten, ervaren sommige therapeuten als een meer ‘alerte houding’. Sia gaf aan dat als ze bij face-to-face therapie eens achterover kan leunen, ze ook meer mentaal kan ‘achteroverleunen’. Dit houdt voor haar in dat ze meer kijkt wat er verschijnt bij de patiënt i.p.v. dat ze de druk voelt om voldoende interventies te doen. Ook Jill sprak over deze alertheid. Jill: *“Omdat als ik achterover zit, dan zit ik misschien wat meer in... het is ook de houding die ik langer ken en het is denk ik ook wat meer comfortabel. Bij live therapie, kan ik voorover leunen en kan ik ook achterovergaan. Maar als ik videobel is het altijd voorover. (...) Misschien het voorover zitten, het zet misschien wat meer aan tot activiteit. Een soort betrokkenheid. Helpen. Het is misschien wat dat betreft iets verraderlijker.”*

Het minder bewegen en de alertere houding zijn volgens de therapeuten ook factoren die bijdragen aan de grotere vermoeidheid of intensiteit van online therapie.

Van 3D naar 2D: bij online therapie is er minder een gedeelde ruimte

Het niet delen van een fysieke ruimte geeft ook i.v.m. afleiding en zorgen rond privacy een andere ervaring. Zo kan er afleiding zijn bij één van beide terwijl de ander niets van ziet of hoort. Daarnaast kan een geluid bij de ander ook zorgen over privacy brengen.

Ellen: *“Er zijn analysanten die een beetje argwaan hadden in de zin van... of zijn nog vrij konden spreken. Dus ze kennen het hier wel, maar als ze dan geluiden hoorden via de computer, dan zeggen “oei, kan ik verder spreken? Of is daar iemand? Of is daar?”. Dat zij geluiden hoorden die ze niet konden thuisbrengen. Eh als we hier zijn en er is daar een machine die aan het werken is, kan ik zeggen van: “kijk, luister, ze zijn daar aan het werken”, men ziet dat. Of als ze stemmen ergens hoorden, dat ze zeggen: “ja oei, is daar iemand?”. Terwijl als je fysiek daar bent, dan heb je daar een dichter contact mee. Dan weet je waar het geluid vandaan komt”*

Het niet delen van een ruimte zorgt er ook voor dat je niet samen naar iets kan kijken of samen materiaal kan gebruiken. Dit laatste wordt verder besproken bij het subthema ‘online therapie heeft methodologische beperkingen’.

Sia: *“Ik vind het heel leuk om samen naar iets te kijken. Om bijvoorbeeld ook gewoon in de ruimte rond te kijken of soms een keer aan het raam te gaan staan. Soms ga ik zitten met mijn cliënten op de grond. Ik heb materiaal dat ik op de grond leg. Soms schrijven wij iets, wij leggen hier iets. En dat kan je natuurlijk online veel minder.”*

Soms dient men het beeld weg te nemen bij online therapie

Voor sommige patiënten is de intiemere ervaring met het beeld een obstakel in hun therapie. Het zijn namelijk niet enkel de therapeuten die zich soms hyperbewust zijn van de blik van de ander, maar ook patiënten kunnen het hier moeilijk mee hebben. De blik van de therapeut kan deze patiënten verhinderen om vrijuit te spreken en een bepaalde emotionele diepte te bereiken. Hierdoor beslisten sommige therapeuten om met een aantal van hun patiënten de camera's uit te zetten tijdens de sessie.

Nico: *“ik zit nu te denken aan één patiënt, die zegt: “Ja, ik vind dit [videobellen zonder camera] een zeer leuke manier van gesprekken hebben”. Een patiënte die ook bij mij in levende lijven kwam. Maar waar dat volledig is weggevallen en wij alleen nog gesprekken hebben auditief. En dat is dus de paradox dan waarbij je zou kunnen denken dat door het feit dat je elkaar niet ziet, er een zekere afstand is, maar het maakt juist dat je dichter bij elkaar komt.”*

De psychoanalytici rapporteren de camera's voornamelijk uit te zetten met de patiënten die voorheen op de divan kwamen (waarbij de blik van de therapeut ook wordt weggenomen). Ze werken online niet met de divan, maar vervangen dit door een zwart scherm. Buiten de

psychoanalytici was het enkel Nico die sprak over het uitzetten van het beeld. Hendrik geeft echter aan dat het zwart scherm niet equivalent is aan werken met de divan.

Hendrik: *“Wel op het moment dat je iemand laat plaatsnemen op de divan, valt de blik wel weg, we controleren de blik, maar dat wilt niet zeggen dat die ruimte van de blik niet meer bestaat. Dus er wordt wel van alles getoond. (...) Dat de ruimte waarin dat je zit echt heel plat wordt. Dus beeld op beeld, dat is geen ruimtelijke beleving meer.”*

De therapeuten zetten niet altijd het beeld uit. Ze gaven aan dat het bij een groot deel van de patiënten net persoonlijker voelt met beeld en dat men zo meer informatie krijgt over elkaar, dan wanneer de sessie bijvoorbeeld via telefoon zou doorgaan.

Jill: *“Bij videobellen hebt je het voordeel dat je ook de mimiek kan zien. Je ziet niet alle lichaamstaal maar je ziet toch een stuk meer, je krijgt toch wat meer informatie dan via alleen maar een telefoon. Je ziet ook wat achtergrond. En dat vind ik ook een plus. Je krijgt ook wat zicht op de omgeving. En je kan bijvoorbeeld ook een stukje zien aan hoe mensen met je praten of er eventueel nog een derde persoon aanwezig is in de kamer, want niet iedereen kan of mag dat altijd zeggen.”*

Sommige patiënten hebben het niet zozeer moeilijk met de blik van de ander, maar met de blik van zichzelf. Sommige therapeuten geven aan dat ze hun patiënten ingelicht hebben over de optie om het beeld van zichzelf te verwijderen. Dit deden ze omdat ze merken dat het zien van zichzelf leidt tot emotionele inhibitie bij bepaalde patiënten. Andere therapeuten geven aan dat hun patiënten hier nooit over geklaagd hebben en dat ze niet de indruk hebben dat ze hier last van hadden. Twee van de psychoanalytici, Anne en Hendrik, reflecteerden over dit fenomeen door te stellen dat wanneer de patiënt zichzelf ziet op het scherm, dit een nieuwe soort spiegel is, naast de spiegel of klankbord dat de therapeut gewoonlijk is.

Hendrik: *“Dus de aandacht wordt even weggetrokken en plots zit je daar met het oordeel van naar jezelf te kijken. Dat is op zich een oordelend moment. Je ziet ook dat wanneer iemand zichzelf ziet of wanneer dat er een blik is die die plots naar dat scherm gaat, dat dat een onderbreking ook teweegbrengt, in het spreken. Of in het denken. Ja en daar ligt ook wel een oordeel, dat niet direct gezegd wordt omdat het iets terugwerpt dat niet van de analyticus of van de therapeut is, maar van henzelf. Dus je krijgt een andere spiegel dan van de woorden die u teruggeworpen worden en van uw eigen woorden.”*

Ook een deel van de therapeuten vindt het vervelend om zichzelf te zien op het scherm. Ze geven aan dat ze hierdoor meer zelfbewust worden en dat dit kan oordelen over zichzelf kan uitlokken. De meeste therapeuten gebruiken de optie om dit beeld weg te halen. De rest van de

therapeuten gaf aan dat ze hier geen moeilijkheid mee hebben of hier al aan gewend zijn door andere communicatie online.

Leen: *“Ik koos ervoor om mezelf niet te zien. Omdat dat een bepaald zelfbewustzijn binnenbracht dat ik zeer hinderlijk vond. Het kan interessant zijn om jezelf bezig te zien, maar zo tijdens een gesprek... dat is wat schizofreen of zoiets. Dus ik denk dat op de momenten dat ik ontdekte van “oh eigenlijk vind ik dat echt niet aangenaam”, denk ik dat ik mij wel anders gedroeg. Omdat ik inderdaad zo die feedback kreeg van ‘oei ik ben gelijk zo’ of ‘oei ik doe zo’. Dan zat ik er misschien iets minder echt in, omdat ik dus ook met dat dan bezig was. Maar ik heb dan wel vrij snel ontdekt dat ik dat gewoon weg moet doen.”*

Conclusie

Bij online therapie lijken therapeuten de ervaring te hebben dat de ‘therapieruimte’ verengt tot het 2D beeld. Deze vernauwing brengt een bepaalde alertheid, een verkleinde bewegingsruimte en het wegvallen van een fysieke gedeelde ruimte met zich mee. Dit kan volgens de therapeuten zorgen voor meer vermoeidheid en brengt beperkingen in de aanpak met zich mee. Tot slot is online therapie te ‘klein’ voor sommige patiënten, waarbij men het beeld van de ander en/of zichzelf dient weg te nemen om de sessies beter te laten verlopen.

Thema 2: Online therapie zorgt voor onzekerheid

Sommige therapeuten ervaren bezorgdheid en onzekerheid voordat ze met online therapie starten

Een deel van de therapeuten had een aantal bezorgd- en onzekerheden bij de overschakeling naar online therapie. Ze vroegen zich voornamelijk af of online therapie even goed ging verlopen als face-to-face therapie en of dit even goede effecten zou hebben. Daarnaast ervoer een deel van de therapeuten ook onzekerheid over hoe de online sessies praktisch aan te pakken, zoals de organisatie van de betaling, de keuze voor het online platform en de opening en afronding van de sessies. Over de afronding rapporteren een aantal therapeuten bijvoorbeeld dat deze ‘harder’ aanvoelt en er minder overgang is tussen het sluiten van de ‘echte sessie’ en het werkelijke afscheid.

Anne: *“Er is dan die afronding die ik soms wel heel cru vind zo. Ik probeer dat niet zo cru te maken, maar je zegt dan van “oké we gaan het hierbij laten”... en dan wat? Dan gewoon zwart scherm? Dat is eigenlijk wel... soms cru. Zeker als het heel intens geweest is, dus dan doe ik dat niet zo. Dan probeer ik toch nog iets te zeggen, maar dat is wel een beetje... Het is niet dat je opstaat uit je zetel en... ja, dus hoe trek je die begrenzing dan?”*

Er waren echter ook therapeuten die initieel voornamelijk een nieuwsgierige houding hadden naar wat online therapie hen kon bijbrengen over het therapeutisch proces, naar welke effecten dit zou hebben en hoe patiënten dit zouden beleven.

Ellen: *“Ik wou die uitdaging wel aangaan. Dus het bekijken, erover nadenken en in vraag stellen. Kijken wat er gebeurt. Kijken wat voor effect dat heeft, luisteren welk effect dat heeft. Want daaruit komen weer die nieuwe zaken naar voor. Of ga je weer verder oog hebben voor het essentiële.”*

Een groot deel van de therapeuten gaf verder ook aan dat hun attitude t.o.v. online therapie ook verbeterde naarmate ze er meer ervaring mee hadden.

Tania: *“Goh ik stond daar in het begin zo’n beetje weigerachtig tegenover, ik had zo wel wat schrik van inderdaad je hebt zo letterlijk die afstand. Ga je zo dezelfde emoties kunnen lezen als iemand die tegenover jou zit? Ga je zo tot hetzelfde resultaat kunnen komen ook? In het begin vond ik dat ook wel inderdaad wat artificieel aandoend. Maar ik moet zeggen zo nu, gaandeweg, naarmate dat je er langer mee bezig bent, dat dat eigenlijk ook wel heel vlot verloopt.”*

Online is er meer onzekerheid over de betekenisoverdracht

Online is er meer onzekerheid over waarom een patiënt iets niet goed gehoord of begrepen heeft. Dit kan naast persoonlijke redenen namelijk ook het gevolg zijn van een technisch probleem. Je bent online niet altijd zeker of de ander je wel hoort vermits er op elk moment een storing op de lijn zou kunnen zitten. Deze moeilijkheden werden echter enkel door Hendrik en Anne aangehaald.

Anne: *“Dat is wel iets dat soms door mijn hoofd heeft gespeeld tijdens de sessies. En dat misschien soms ook wel een rol speelt in mijn interventies zelf. Of hoe zeker ik mij daarover voel of hoe vloeiend dat die gaan. Bijvoorbeeld iemand begrijpt je niet, en dan vraag je je af: is het omdat hij deze vraag niet kan begrijpen of is het door het dispositief? Was het niet duidelijk? Was er iets van ruis op de lijn? Op de verbinding? Of is het dat hij die vraag niet kan horen door zijn persoonlijke geschiedenis?”*

Online lukt aanvoelen soms minder goed

Zoals besproken bij het eerste thema, gaat er bij online therapie een deel van de informatie verloren. Naast een deel van het lichaam, verliest men ook de manier waarop patiënten in de wachtkamer zitten, hoe ze een sessie binnenstappen, hoe ze deze weer buitenstappen, hoe iemand betaalt met cash geld, de informele gesprekken wanneer men iemand gaat halen in de wachtkamer of weer naar de uitgang begeleid, de geur en hoe iemand gekleed is.

Hendrik: *“De manier van binnenkomen, de manier van de praktijk binnenstappen. De tijd die men neemt of de vertraging om afspraken te nemen. Er zit een zekere traagheid in fysieke sessies,*

waar dat er veel gebeurt. Tot en met het buitenstappen. En al die tijd, al die randfenomenen, heb je niet online.”

Ook de patiënt verliest informatie over de therapeut. Dit kan voor beide meer onzekerheid brengen. Beide kunnen minder goed aanvoelen. Voor de therapeut betekent dit voornamelijk minder goed aanvoelen hoe de patiënt erbij zit. Voor de patiënt betekent dit minder goed aanvoelen of de therapeut al dan niet te vertrouwen is.

Jill: “Misschien kan de patiënt [bij face-to-face therapie] de situatie wat meer ten volle inschatten of wat meer zien van de omgeving van de therapeut? Daar toch ook een beetje een beeld mee hebben, wie is dat? Kan ik die vertrouwen?”

Aan de andere kant is er ook meer informatie bij online therapie omdat de therapeut wat meer zicht krijgt op de omgeving van de patiënt. Sommige patiënten tonen ook een deel van hun huis of persoonlijke bezittingen aan hun therapeut.

Sia: “Ja en dan merk je ook van ‘ah dat had ik zo- dat interieur had ik niet verwacht’. Of dan krijg je ineens zoiets van ‘ah ja dat is juist, jij woont bij uw ouders thuis’. (...) En dan hebt je cliënten die dan zo een keer zeggen van ‘ah ik ga u dat een keer laten zien’, en dan lopen ze met hun laptop rond en dan word je zo ‘n beetje meegenomen. Dus dat was wel fijn.”

Door het verlies aan informatie kunnen therapeuten ook minder goed aanvoelen hoe ze patiënten weer loslaten op het einde van een sessie. Voornamelijk Hendrik vond dit moeilijk. Anne gaf aan dat ze zorgt dat patiënten die in het buitenland wonen ter plaatse een netwerk van zorgverlening hebben waar ze kunnen op terugvallen indien het tussen sessies door te moeilijk wordt. Patiënten kunnen in zo’n situaties namelijk niet even langskomen bij de therapeut.

Hendrik: “Maar als je zo iemand dan aan de andere kant van de wereld hebt en je moet die weer op het einde van de sessie verlaten, denk je van ‘waar ben ik mee bezig?’. Je begint de vraag te stellen ‘waar ben ik mee bezig?’, ‘Wat houd ik in stand?’ of ‘wat mag ik mogelijk maken?’.”

Door het minder goed kunnen aanvoelen, voelen sommige therapeuten zich ook meer onzeker over hun interventies. Meer bepaald over wat ze kunnen doen of mogelijk maken, wat het effect is van hun interventies en hoe hun woorden overkomen online. Aan de andere kant geeft een deel van de therapeuten aan dat ze zich even zeker voelen over hun interventies online.

Anne: “Er is ook iets van de hele atmosfeer en de totaliteit van wat dat je doorkrijgt. (...) Dat kan dan zijn omdat je alle zintuigelijke dingen ook hebt, het hele lichaam, maar ook de geur en ook een bepaalde soort spanning die je kan voelen. Maar pas op, die spanningen zijn er ook wel online. Maar door die hele atmosfeer, kan je toch wel misschien op bepaalde momenten iets gemakkelijker aanvoelen of je dat kan vragen of...? En dat dat soms met dat virtuele, dat daar een soort..., ik weet het niet, nog een klein stukje afstand in zit of een soort stukje van... iets

mechanisch. (...) Dus dat maakt misschien dat je ergens bij jezelf toch een soort van aarzelingsvoelt in je interventies."

Twee therapeuten gaven aan dat ze in het begin door de onzekerheid de gesprekken online meer voorbereiden.

Tania: *"Ik merkte dat ik in het begin ook veel meer de neiging had om de gesprekken voor te bereiden om wat richting te geven en wat te sturen, terwijl dat het eigenlijk, ja, een beetje mijn onzekerheid was voor het proces, van gaat dat inderdaad op dezelfde manier verlopen of niet? Maar dat was een vrees die onterecht was."*

Bij het eerste thema beschreven we dat sommige therapeuten stiltes online moeilijker te verdragen vinden. De stiltes blijken echter niet enkel moeilijker te verdragen, maar ook moeilijker te hanteren (de therapeut voelt minder goed aan hoe die erop moet reageren). Er zijn echter ook hier weer therapeuten, zoals Ellen en Jill, die aangeven dat ze stiltes even goed te hanteren vinden bij online therapie.

Ellen: *"Wel het is altijd afhankelijk van elk geval apart. En elk moment apart. Elke sessie apart. Want de ene stilte is niet de andere. En je hanteert dat in die zin dat je sommige stiltes laat zijn en bij anderen kom je tussen. Dat kan zijn door een geluid te maken of gewoon een reactie te geven zodanig dat er op die manier een interpretatie gebeurt. Maar dat is hetzelfde online vind ik. Ik vond dat hetzelfde effect."*

De therapeut stelt zich vragen rond de effecten van online therapie

Als laatste ervaren de therapeuten ook onzekerheid over wat de effecten zijn van online therapie. Een aantal therapeuten vroegen zich bijvoorbeeld af wat de impact is van het ontbreken van elementen zoals de verplaatsing, het delen van een ruimte, huiselijkheid en een deel van de non-verbale communicatie. Daarnaast vroeg één therapeut zich ook af wat de impact van het medium is op de communicatie en hoe die waargenomen wordt door de patiënt. Een andere therapeut gaf aan dat die merkt dat online therapie even goede effecten heeft, maar dat hij niet begrijpt hoe dit tot stand komt.

Nico: *"Ik was heel verwonderd toen ik merkte dat dat heel goed werkt. Ik had dat op voorhand nooit gedacht. En er is eigenlijk, en dat vind ik heel vreemd, ik heb daar ook geen antwoord op, op de vraag waarom, maar ik merk weinig of geen verschil met een gesprek in levende lijven. Naar therapeutische kwaliteit, merk ik, merk ik eigenlijk geen verschil. En als er al een verschil is, is het, is het eerder een verschil pro videocall."*

Conclusie

Het online medium kan zowel voor het gebruik als tijdens zorgen voor onzekerheid over hoe de therapeuten de sessies best aanpakken en over de impact die het medium heeft. Daarnaast

ervaren therapeuten bij online therapie ook specifieke onzekerheid over waarom de patiënt iets niet begrijpt, hoe men een stilte kan interpreteren en hanteren, over hoe de patiënt erbij zit en welke effecten hun interventies hebben.

Thema 3: Bij online therapie is er een verschuiving in verantwoordelijkheid en engagement

Bij face-to-face therapie is de therapeut verantwoordelijk voor een veilige en rustige ruimte

Bij face-to-face therapie is het de therapeut die een ruimte aanbiedt aan de patiënt. Deze ruimte is speciaal ingericht voor het geven van therapie, wat meestal ook de enige functie van die ruimte is. De ruimte is bijgevolg gericht op privacy en het minimaliseren van afleiding. Sommige therapeuten geven de ruimte een eigen inkleding, zoals Sia en Hendrik, anderen, zoals Nico, tonen liever niet te veel van zichzelf. Hoewel de therapeut de ruimte aanbiedt, wordt de ruimte over tijd ook deels ‘van de patiënt’.

Hendrik: *“Wel ik denk dat het de hele context is van de aanwezigheid, van de fysieke aanwezigheid, heel de functie van het onthaal, van wat het betekent iemand een ruimte te geven. Je bent niet alleen daar met uw woorden, ma ook met uw lijf, zegt Lacan, maar dus ook met uw huis, zou je kunnen zeggen, met de ruimte die je biedt. (...) Je doet therapie niet tussen de soep en de patatten. En de waardigheid van uw beroep mag je wel bekleden met een ruimte die je daarvoor ter beschikking hebt”.*

Er is geen privé-gerelateerde afleiding in de therapieruimte, de patiënt kan afgeleid zijn door elementen zoals geluiden van buiten, maar dit zijn geen persoonlijke zaken, zoals bij online therapie wel vaak het geval is. Daarnaast linkt de patiënt de therapieruimte aan een geborgen en veilige ruimte.

Johannes: *“Leren is altijd context gebonden, dus je leert bepaalde dingen in een context. Dus je leert dat je u hier veilig kunt voelen. Dat conditioneert zich.”*

De praktijkruimte is echter ook niet perfect, ook daar zijn externe afleiders mogelijk. Ellen geeft aan dat er ook geluid van de burens of van straatwerkers te horen is.

Bij face-to-face therapie is de patiënt verantwoordelijk voor het maken van ruimte voor therapie in diens leven

Therapie is een proces waarvoor de therapeut en de patiënt zich samen engageren. Beide doen op hun manier ‘moeite’ hiervoor. De patiënt geeft doet dit onder andere door de betaling, maar ook door ruimte te maken voor het therapeutisch proces in diens leven. Dit ruimte maken houdt in dat de patiënt tijd uitrekt voor de sessies en zich hiervoor verplaatst. De therapeuten

stellen dat een link heeft met de motivatie van de patiënt, een eerste vorm is van ‘exposure’ en een vorm is van investeren in zichzelf.

Johannes: *“Bij online therapie werd het meer van “Ja, maar daar heb ik dan wel nog een gaatje”. Ja eigenlijk is het wel de bedoeling dat je daar tijd voor vrij maakt. Eigenlijk is dat al de eerste exposure van eens iets gaan verzetten om iets anders te gaan doen, iets voor jezelf, iets dat niet direct nuttig is.”*

De verplaatsing zorgt er verder voor dat de patiënten voor en na hun sessie een momentje hebben om zich mentaal voor te bereiden op de sessie en om de sessie nadien wat te laten bezinken. Daarnaast is een face-to-face sessie ook een duidelijk onderscheiden moment op de dag door de verplaatsing, het feit dat men zich hiervoor dient om te kleden en dat men op een andere locatie zit die enkel gelinkt is aan therapie. Op een andere plaats zitten zorgt ook automatisch voor meer afstand van de thuissituatie.

Ellen: *“Het voordeel van de verplaatsing is dat je een bepaalde context verlaat. Je gaat uit huis, het brengt je in de wereld. Die beweging is belangrijk, want tenslotte heeft een analyse ook tot doel van hoe kan ik op een andere manier terug in de wereld staan? En ergens brengt de verplaatsing een beetje met zich mee dat je uw omgeving uit gaat en er misschien anders terug naartoe gaat. Dus dat zit er al in verwerkt eigenlijk. En dat verlies je misschien een beetje bij online therapie.”*

Bij online therapie is de patiënt verantwoordelijk voor een veilige en rustige ruimte

Bij online therapie is het niet langer de therapeut die een ruimte aanbiedt aan de patiënt. De patiënt dient zelf op zoek te gaan naar een ruimte die voldoende privacy, veiligheid en minimale afleiding biedt. Dit zijn randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle online therapie. De patiënt heeft hier echter niet altijd evenveel controle over, veel hangt af van diens thuissituatie. De meeste patiënten lijken gemakkelijk een voldoende veilige ruimte te vinden. De meesten volgen therapie in hun thuisomgeving. Een minderheid heeft meer moeite om een goede plek te vinden. Soms dienen ze samen met de therapeut op zoek te gaan naar een goede ruimte. Bij een minderheid lukte het niet om een geschikte ruimte te vinden of kon de patiënt niet vrijuit praten door de aanwezigheid van anderen. Sommige patiënten zijn dan weer creatief in het vinden van een geschikte plaats. Zo waren er patiënten die therapie volgden in de auto, vanop hun werk of achteraan in hun tuin. Patiënten zijn gemotiveerd om therapie ook online mogelijk te maken.

Leen: *“De cliënten waarvan ik merkte dat die beetje afhaakte op online therapie, dat was vooral omwille van hun gezinssituatie die dat niet toeliet. Dat ze zich niet veilig voelden om open en vrij te kunnen spreken zonder het gevoel te hebben van “oei misschien gaat iemand hier iets horen en gaat die dat erg vinden”. (...) En nadeel vind ik het grote belang van de randvoorwaarden*

die moeten ingevuld zijn. Waarbij dat je ook wel veel legt bij de cliënt. (...) Op zaken waar dat ze misschien zelf niet zozeer aan kunnen doen.”

Ook in veilige thuissituaties heeft de patiënt niet altijd controle over de mate van afleiding die aanwezig is. Thuis kan er meer afleiding zijn, maar dat is niet altijd het geval. De afleiders zijn wel vaak persoonlijker. Omdat de patiënt niet in een andere ruimte zit, kan deze minder goed afstand nemen van diens thuissituatie. Daarbij zijn er soms ook andere personen in huis die voor afleiding kunnen zorgen. Dit kan gaan van kinderen, tot familieleden die vergeten dat de patiënt met een sessie bezig is of hier geen rekening mee houden tot een verhoogde waakzaamheid omdat men bang is dat anderen zouden meeluisteren. Ook kleinere afleiders, zoals de deurbel die gaat of huisdieren, zijn niet aanwezig bij face-to-face therapie of minder persoonlijk (bv. de deurbel van de praktijk vs. de deurbel thuis). De toegenomen en/of persoonlijker afleiding is echter niet altijd hinderlijk voor het therapeutisch proces.

Leen: *“U kunnen afsluiten, dus dat uw partner of uw gezin daar niet de hele tijd tussenkomt, zowel bij de cliënt als bij u, dat zijn wel belangrijke randvoorwaarden.”*

Er zijn ook therapeuten die niet vinden dat er meer afleiding is bij online therapie. De thuissituatie en/of de aanwezigheid van huisgenoten is zeker niet bij elke patiënt een extra bron van afleiding. Daarnaast geeft Tania aan dat er bij online therapie net minder afleiding is omdat bij elke sessie de ruimte gekozen kan worden die op dat moment het beste past, terwijl de praktijkruimte altijd een vaststaande ruimte is.

Tania: *“Als ik online sessies doe, dan zit ik zo echt in die sessie. Terwijl als je in de praktijkruimte zit, dan zijn er soms mensen boven aan het stofzuigen of dergelijke. Dus dan heb je zo die afleidingen. Of de bel gaat omdat de volgende gaat binnenkomen. (...) Het is vooral een beetje de keuze bij online therapie van waar je gaat zitten. Zit ik in een kamer waar er weinige andere dingen zijn, dat is ook een bewuste keuze om daar te gaan zitten. Terwijl dat je in de praktijk wel de politie ziet passeren en dergelijke. Of als de bel gaat voor de volgende.”*

Bij online therapie ligt de controle over de ruimte niet langer in de handen van de therapeut. Er zijn echter manieren waarop de therapeut een deel van de verantwoordelijkheid mee kan dragen. De therapeuten kunnen bijvoorbeeld checken of de patiënt zich in een veilige ruimte bevindt, of er niemand anders aanwezig is en/of mee helpen nadenken waar de patiënt wel een veilige en rustige ruimte zou kunnen vinden. Wanneer therapeuten merken dat hun patiënt vaak van ruimte verandert, is dit ook iets dat ze kunnen benoemen en meenemen in de therapie.

Hendrik: *“Dat is ook waar dat ik rekening mee houd als er een online sessie is. Proberen weten: wie is er in huis? Waar gebeurt men zich? Wat is de sfeer? Soms vraag ik er ook naar om daar*

rekening mee te kunnen houden. En soms wil dat ook zeggen dat even expliciet te maken, te weten dat men niet vrij kan spreken.”

Jill geeft aan dat het echter toch gebeurt dat er andere personen aanwezig zijn bij zijn patiënt, zonder dat hij daarvan op de hoogte is. Dit is wel eerder een uitzondering.

Jill: “Dat ik de omstandigheden wat minder controleer. Dus er kan bij de cliënt iemand aanwezig zijn in de ruimte, er kan ook altijd iemand binnenkomen. Of er kan een onderbreking zijn doordat de cliënt geroepen wordt. (...) Ik weet dus niet helemaal zeker of de cliënt alleen is. Het is al eens gebeurd dat er na tijdje iemand ineens tussenkwam in het gesprek. Maar dat is heel uitzonderlijk. De meeste mensen zullen in dat geval toch ook aangeven als er iemand anders aanwezig is. En meestal dan ook met twee zichtbaar zijn.”

Naast zich bewust zijn van de thuissituatie waarin de patiënt zich bevindt, proberen een aantal therapeuten zich ook bewust te zijn van de fysieke context. Zo gaf Sia aan dat ze zich zorgen maakt wanneer patiënten therapie volgen vanuit hun slaapkamer, omdat hun bed dan gelinkt wordt aan onderwerpen uit de sessies i.p.v. enkel aan rust. Johannes gaf aan dat de associaties die gemaakt worden ook positief kunnen zijn. Zo kan het ook een opportuniteit om de thuisomgeving als leercontext te hebben.

Johannes: “Ja je doet dan die therapie thuis dus op een bepaalde manier wordt die thuiscontext de leercontext, dus dat kan ook wel waardevol zijn. Ik denk dat dat ook wel waardevol geweest is op allerlei vlakken.”

Bij online therapie vallen de verplaatsing en de automatische gevolgen hiervan weg

Zoals beschreven heeft de verplaatsing een aantal belangrijke implicaties. Deze implicaties lijken echter weg te vallen bij online therapie. Online is er vaak meer een abrupte overgang tussen de sessie en het opnieuw instappen in het dagelijks leven en de daaraan verbonden sociale rollen. Daarbij mist ook het element van het binnenkomen en weer verlaten van de therapieruimte. Hierdoor kunnen de patiënten hun verhaal minder ‘ergens achterlaten’, waardoor het misschien wat blijft hangen in hun thuisomgeving. Dit is gelinkt aan de associaties waar Sia over sprak.

Sia: “Er zijn ook mensen die dat aangeven: “hier [praktijkruimte] kan ik dat komen vertellen en hier voelt dat oké”. “Dat voelt hier geborgen, dat zijn vier muren en dat is, hier mag mijn verhaal bestaan”.”

De therapeuten geven aan dat er manieren zijn om de implicaties misschien wat meer binnen te brengen in de online therapie. Het aspect van verantwoordelijkheid probeerde Anne meer binnen te brengen door haar patiënten haar te laten opbellen. Ze zegt dat de manier van inbellen ook informatie geeft waar ze in de sessies mee aan de slag kan. Andere therapeuten

werken met een online wachtruimte. In deze wachtruimte heeft de patiënt de tijd om zich mentaal voor te bereiden en meer in de therapiemodus te komen. Johannes vindt namelijk dat sommige patiënten daar minder in geraken bij online therapie. Ten derde kunnen patiënten ook voor en na de sessie even een momentje inplannen, door bijvoorbeeld een korte wandeling te maken. Hendrik gaf aan dat dit echter niet altijd zo evident is. Wanneer er bijvoorbeeld kinderen thuis zijn, kan het moeilijk zijn om nog even die tijd te nemen voordat men weer in de ouderrol stapt. Anne: *“Dus bij Skype stuurde ik hen geen uitnodiging maar ze belden mij zelf. En ik vind dat eigenlijk heel contradictorisch want zij hebben een vaste afspraak, hun vaste uur waarop ze bellen en dan zien ze maar om hoe laat ze bellen, of ze te laat zijn of niet, al die dingen. Zij weten wat hun uur is en zij moeten daaraan denken. Maar bij Zoom, ben ik nu diegene die de uitnodiging stuurt. En ik vind dat al sowieso iets anders want, bijvoorbeeld bij Skype zag je van sommigen dat die dan heel hard of heel lang bellen. Dus daar ontstaat al een manier van communiceren, die is er bij Zoom niet.”* (Anne schakelde om naar Zoom na een tijdje Skype gebruikt te hebben).

Het kan echter ook voordelen hebben om meteen na de sessie in de thuissituatie te zijn. Sia gaf aan dat ze bij sommige patiënten ook geruster was dat deze na een zware sessie geen traject naar huis meer hoefden af te leggen. Een deel van haar patiënten vinden het ook fijn om meteen na de sessie bij hun geliefden te kunnen zijn en van hen emotionele steun te krijgen.

Sia: *“Patiënten die zo gewoon de veiligheid of de geborgenheid waarderen. Die bijvoorbeeld een hele goede ruimte hebben om therapie te volgen en die zeggen van: “Goh, ’t voelt zo vertrouwd en ik heb mijn eigen dekontje”, of ze kunnen wat knusser gaan zitten met hun eigen tas thee. Ja dat zijn zo dingen die wel bij kunnen dragen tot comfort en troost. Ja. Of die zeggen van: “Das tof. Ik weet dat mijn partner hiernaast zit en dat ik hierna een knuffel kan gaan vragen.” (...) Soms loopt er hier iemand naar buiten waarvan dat je denkt: “goh dat was echt een hele zware sessie, ik hoop dat die goed thuis geraakt.”. Terwijl dat je daar dan wel de veiligheid hebt van, ze moeten niet meer de straat op, ze moeten geen bus meer pakken. ”*

Bij online therapie is er het extra aspect van de technologie

Over het aspect van de technologie lijkt dan eerder een gedeelde verantwoordelijkheid aanwezig te zijn. Zo geven een aantal therapeuten aan dat kennis, comfort en ervaring met online communiceren, en videobellen in het bijzonder, een voorwaarde zijn om kwaliteitsvolle online therapie te kunnen geven. Dit geldt echter ook voor de patiënten. De therapeuten merkten op dat ze een beter therapeutische relatie hadden met patiënten die zich comfortabeler voelen bij het medium. Daarnaast moeten ook zowel de therapeut als de patiënt beide kwaliteitsvol materiaal en een stabiele verbinding hebben. Hoe beter de kennis en het materiaal van beide, hoe beter de

online sessies verlopen. De therapeuten geven aan dat de meeste van hun patiënten wel over de nodige middelen en ervaring beschikken.

Anne: *“Het is natuurlijk heel belangrijk, omdat woorden zo belangrijk zijn en klanken, dat er niet veel ruis inzit, in de verbinding zelf. Dus een goeie internetconnectie enzovoort, dat is ook echt belangrijk.”*

De digitale privacy blijft wel eerder een verantwoordelijkheid van de therapeut. Deze dient een platform te kiezen dat de privacy van de patiënt verzekert. De meeste therapeuten geven aan dat dit hun voornaamste voorbereiding was op het geven van online therapie. Daarnaast kan de online wachtruimte ook mee de privacy verzekeren. Zo kan de volgende patiënt niet per ongeluk terechtkomen in de sessie van de vorige. Maar ook de therapeut zelf krijgt zo meer privacy. Deze kan zorgen dat die klaar is om gezien en gehoord te worden voordat die de patiënt toelaat tot de sessie. Jill geeft aan dat de patiënt ook een zekere verantwoordelijkheid heeft over de privacy van de therapeut. Online kan je namelijk nooit zeker zijn dat de ander de sessie niet stiekem opneemt.

Leen: *“Ik heb al ingesteld dat mensen moeten aankloppen als ze inloggen. Opdat ze niet direct daar zijn, want als ik nog met iemand aan het afronden ben. (...) En ook om ervoor te zorgen dat twee cliënten elkaar niet kruisen. Want hier in de gang kunnen ze elkaar wel kruisen. Maar dan zien ze elkaars naam niet of niets, dus dat is dan toch nog iets anders. Dus om er ook voor te zorgen dat dat niet gebeurt, vind ik dat wel belangrijk.”*

Bij dit thema zijn er drie extra opmerkingen die ook belangrijk zijn om te vermelden. Hendrik geeft aan dat hij vindt dat online therapie gemakkelijker ‘een beetje praten’ wordt i.p.v. het echte therapeutische werk te doen waar voldoende engagement voor nodig is. Jill geeft aan dat videobellen met camera helpt om te zorgen dat zowel de therapeut als de patiënt minder met andere dingen kunnen bezig zijn tijdens de therapie. De blik van de ander is hier een soort van sociale controle. Als laatste geeft Ellen aan dat patiënten ook veel moeite willen doen om hun online therapie mogelijk te maken. Eén van de aspecten - naast creatief zoeken naar een geschikte ruimte - waaraan ze dit merkt, is het feit dat haar patiënten ook bij online therapie tussen de sessies door nadenken over hun therapeutisch traject.

Jill: *“En als er video is, ben ik ook wat meer betrokken. Bij alleen telefonisch, ja dan kan ik misschien ook wat meer prutsen ondertussen. En bij video word ik ook gezien door de cliënt. Dus het werkt in twee richtingen wel. Om meer betrokkenheid te maken. En er is ook meer informatie aan twee kanten.”*

Conclusie

Waar het bij face-to-face therapie de verantwoordelijkheid is van de therapeut om een veilige en rustige ruimte te voorzien, verschuift deze verantwoordelijkheid bij online therapie naar de patiënt. Deze heeft echter niet altijd voldoende controle over diens omstandigheden. Toch lijken de meeste patiënten erin te slagen een geschikte ruimte te vinden. De therapeut kan een deel van de verantwoordelijkheid terug op zich nemen door bijvoorbeeld aandacht te hebben voor de thuissituatie. Deze verantwoordelijkheid kan ook gezien worden als een nieuwe manier om zich in te spannen om aan therapie te kunnen doen, die in de plaats komt van de inspanning van de verplaatsing. Er zijn echter ook andere aspecten van de verplaatsing die moeilijker te vervangen zijn. Als laatste brengt online therapie ook technologie met zich mee waar de therapeut en de patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid over dragen.

Thema 4: Online therapie heeft enerzijds effecten, anderzijds betekent het niet dat het van even goede kwaliteit is

Online therapie heeft effecten

Het merendeel van de therapeuten geeft aan dat ze vinden dat online therapie even goed werkt als face-to-face therapie. Nico rapporteert dat online therapie soms zelfs beter werkt in zijn ervaring. De therapeuten vinden videobellen een werkbaar medium en stellen dat wat er werkt in therapie het medium lijkt te overstijgen. Wat er werkt blijkt voornamelijk het spreken te zijn, wat even goed aanwezig is bij online therapie. Het therapeutisch kader slaagt er zowel online als offline in de nodige veiligheid te bieden om te kunnen spreken. Bepaalde elementen, zoals het gebruik van de divan, huiselijkheid en de fysieke aanwezigheid, blijven belangrijk, maar blijken niet noodzakelijk. De online sessies hebben namelijk ook hun effect. Ze zorgen voor veranderingen in het denken en relaties, zorgen dat patiënten iets nieuws leren en reflecteren tussen sessies door, doen stress dalen en maken het mogelijk dat patiënten de sessies kunnen afbouwen.

Nico: *“Ik was heel verwonderd toen ik merkte dat dat heel goed werkt. Ik had dat op voorhand nooit gedacht. En er is eigenlijk, en dat vind ik heel vreemd, ik heb daar ook geen antwoord op, op de vraag waarom, maar ik merk weinig of geen verschil met een gesprek in levende lijven. Naar therapeutische kwaliteit. En als er al een verschil is, is het, is het eerder een verschil pro videocall.”*

Niet alle therapeuten zijn het hier echter mee eens. Online therapie blijkt niet te werken bij een deel van de patiënten. Zo geeft Hendrik aan dat voor patiënten die het volledige proces online doen, het moeilijker is om door te spreken. Online therapie werkt mogelijk ook niet voor

alle problematieken even goed, zo zou Tania geen acute psychose behandelen online. Een andere belangrijke nuance werd hierbij gemaakt door Nico:

Nico: *“En ik moet er ook aan toevoegen, heel belangrijk ook in uw studie, ik ben natuurlijk gebiased. Omdat ik alleen maar videocall doe met mensen die zelf akkoord gaan. Ik vergeet te zeggen dat er ook veel patiënten zijn, of toch een aantal, die geen videocall willen. (...) Je kunt alleen maar spreken over de gesprekken via videocall bij mensen die daarmee hebben ingestemd. (...) Ik kan niet weten hoe het zou zijn om met iemand te videocallen die dat niet ziet zitten of die daar wars van is. (...) Er zijn natuurlijk mensen bij wie de therapie onderbroken of stopgezet is, die dat niet zagen zitten om het op die manier te doen. Dus dat moet je altijd mee in overweging nemen. Alles wat daarover gezegd wordt, geldt alleen natuurlijk maar voor de ervaringen met mensen die het ook zagen zitten om dat te doen. En een ganse groep die dat niet zagen zitten, die vallen buiten uw onderzoeksgegevens. Maar dit is wel een grote groep denk ik.”*

Sommige patiënten hebben nood aan online therapie

De therapeuten merken op dat face-to-face therapie voor sommige patiënten niet mogelijk of minder haalbaar is. Als eerste kan face-to-face therapie fysiek niet mogelijk zijn. Er zijn bijvoorbeeld patiënten die verhuizen naar het buitenland maar graag een therapeut willen die hun taal spreekt. Er zijn ook patiënten die graag bij een bepaalde therapeut willen gaan die ver weg woont of patiënten die wonen in een gebied met weinig tot geen beschikbare therapeuten. De verplaatsing naar een therapeut kan ook te duur zijn voor sommige patiënten. Het gebeurt ook wel eens dat tijdens een therapeutisch proces, de patiënt of de therapeut op verplaatsing is. Hier kan online therapie helpen die periode te overbruggen. Als laatste kan online therapie ook een noodoplossing zijn in tijden zoals de COVID-19 pandemie, maar ook als last minute oplossing als de patiënt toch niet op locatie geraakt of één van beide ziek valt.

Leen: *“Ik heb nu een cliënt die een week en een half geleden bevallen is, dus dat zou nu niet mogelijk zijn dat ze naar hier komt, maar het is dan wel mogelijk om elkaar te zien via videocall. En ik denk dat dat wel zeer laagdrempelig is voor ja bijvoorbeeld moeders die vrezden voor een postnatale depressie of voor mensen die even niet weg kunnen.”*

Als tweede is het voor sommige patiënten ook moeilijk om tijd te vinden of te maken in hun leven voor online therapie of voelen ze zich veiliger en meer geborgen bij online therapie. Een online sessie is flexibeler in te plannen in een drukke agenda en kan laagdrempeliger zijn omdat het minder tijd in beslag neemt. Sommige patiënten voelen zich veiliger bij online therapie waar meer afstand is tot de therapeut of waar ze in de geborgenheid van hun eigen thuisomgeving zitten.

Anne: *“Ik vraag mij eigenlijk soms ook af of het voor bepaalde mensen misschien ook een veiligere manier is? In de zin van, er is nog afstand. (...) Als ik nu kijk naar een aantal patiënten van mij, die mij online gecontacteerd hebben. Dat zijn eigenlijk mensen die het altijd heel moeilijk gehad hebben met zware contacten omwille van een heel gemarginaliseerde achtergrond met trauma’s daarin. Mishandelde en misbruikte mensen met een lange geschiedenis daarin. Dakloosheid enzovoort. (...) dat het misschien ook wel een minder bedreigende manier is voor hun. Om niet direct in een kamer van iemand te moeten zitten, maar in je eigen veilige kamer en huis te kunnen blijven.”*

Een deel van de menselijke factor ontbreekt

Online is er meer afstand, minder betrokkenheid en is het contact meer oppervlakkig

Het grootste deel van de therapeuten ervaren dat er online toch een soort afstand is. Ze geven bijvoorbeeld aan zich minder betrokken te voelen, dat er minder aanwezigheid is, dat patiënten minder durven doorspreken en/of tot een minder diep emotioneel niveau geraken en dat de online sessies saaier zijn, oppervlakkiger, sterieler of artificiëler. Zoals beschreven voelen ook de stiltes online afstandelijker aan. Johannes gaf aan dat hij merkte dat zijn vermijdende patiënten meer kunnen vermijden online.

Tania: *“Ik denk dat dat zeker ook wel nog zal evolueren, dat er meer en meer online zal gebeuren, Beetje ten koste van de authenticiteit dan misschien wel. (...) Ik denk, als we kijken naar hoe dat de maatschappelijke evoluties zijn, wat dat er allemaal nodig is, alles moet wat sneller gaan, alles moet wat meer beschikbaar zijn, dat daar op die manier aan tegemoet gekomen zal worden.”*

Ellen gaf echter aan dat de aanwezigheid er wel is online. Er is immers het beeld en het geluid van de ander. Daarnaast stelt Ellen dat stiltes online er ook net voor kunnen zorgen dat je de aanwezigheid van de ander meer ervaart. Nico stelde dat hij online net diepere vragen durfde te stellen. Hij heeft online het gevoel minder intrusief te zijn.

Nico: *“Door het feit dat je hier niet zit, wordt het denk ik door de patiënt als minder intrusief ervaren. Of ik denk minder intrusief te zijn. Ja dat het misschien veiliger is voor de patiënt om een vraag te krijgen via videocall dan... Ja, hypothese. (...) Het kan voor videocall gelden he, dat door het feit dat je niet samen in een ruimte zit, je dichter bij elkaar kan komen.”*

. Leen geeft verder ook aan dat er net ook iets menselijks kan verschijnen wanneer beide partijen in hun privé zitten voor de therapie.

Leen: *“Want je toont jezelf [bij online therapie] op een andere manier en dan is het niet slecht om daarover na te denken welke impact dat heeft op anderen. Maar ik heb nu ook een jonge kat, die nogal nieuwsgierig is. (...) En dan is het van “Ja, bij deze, dit is mijn kat, ik heb het ook niet*

altijd allemaal onder controle zoals je ziet". Ik vond dat iets zeer menselijk dat je maar kan meegeven."

De therapeutische relatie is anders bij patiënten die online gestart zijn dan bij patiënten die face-to-face gestart zijn en dan overgeschakeld zijn naar online therapie.

De therapeutische relatie online voelt voor de meeste therapeuten anders aan bij patiënten die hun volledig traject online doen dan bij patiënten die overgeschakeld zijn naar online sessies. Leen gaf bijvoorbeeld aan dat ze bij de eerste groep niet de nood voelt om deze eens in het echt te zien. De therapeutische relatie is niet alleen anders maar soms ook moeilijker op te bouwen online. Hierdoor doet een deel van de therapeuten de eerste sessie liefst face-to-face. Zo krijgen zowel de therapeut als de patiënt toch meer informatie over elkaar. Deze mening werd echter niet door alle therapeuten gedeeld. Jill gaf aan dat hij geen nood ervaart om de patiënten eerst eens live te zien.

Hendrik: *"En ik vind de vrije associatie in de online sessies echt niet zo evident, dat lukt niet zo goed. Voor diegene die het gewoon zijn die op de divan plaatsgenomen hebben, die weten hoe het werkt, dat is iets anders he. Maar ik denk nu heel specifiek aan diegenen waarmee ik in traject ben gegaan online en alleen online, vergeet het. Ca ne marche pas."*

Online een relatie opbouwen blijkt ook moeilijker bij patiënten die interpersoonlijke moeilijkheden hebben en/of vermijdend zijn.

Johannes: *"Ik vind het bijvoorbeeld online veel moeilijker om om te gaan met iemand met echt een heel beschermende coping, een heel beschermende modus, die echt zo in een muur zit, terwijl dat ik daar bij face-to-face therapie wel wat om heen kan."*

Het missen van het fysiek samenzijn

De therapeuten missen ook een aantal elementen van het fysiek samenzijn bij online therapie. Nico gaf aan dat de mens een sociaal wezen is en deze toch altijd de voorkeur voor menselijk contact zal blijven hebben. Hendrik mist elementen zoals de handdruk, de ontvangst en de ruimtelijke beleving. Sia mist de small talk en het begeleiden van patiënten naar de deur. Bij haar online sessies ervaart ze minder small talk, waardoor de eigenlijke sessie langer duurt dan in de praktijk. Dit zou ook een mogelijke factor kunnen zijn van de grotere vermoeidheid die sommige therapeuten ervaren online. Andere elementen die therapeuten missen zijn de fysieke wachtkamer, het beter horen van de intonatie en de pure stem. Anne gaf aan dat ze immers vindt dat de stem wat vervormd en mechanisch overkomt online. Hendrik stelt dat bij online therapie de driften van het lichaam ook minder de kans krijgen om te verschijnen. Hij vindt dit een beperking in zijn analytisch werken.

Nico: *“Ja we zijn sociale wezens en we zijn nooit anders gewoon geweest dan bij elkaar te komen. Dus ook al zijn die gesprekken online even goed, zo niet beter, dan in levende lijven, toch verkies ik nog altijd van mensen te zien. (...) En zeker om persoonlijke dingen te gaan vertellen. Dus dat dat misschien wel een heel belangrijke reden is. En er zijn ook mensen die zeiden van ja “ik vind het te persoonlijk om dat via... op die manier te doen”. Die dus die online therapie ook wel ervaren als heel onpersoonlijk.”*

Dit is in contrast met Ellen die aangeeft dat online therapie voldoende aanwezigheid verschaft om analytisch te kunnen werken.

Ellen: *“Ik moet zeggen, die ervaring met de gesprekken via de computer. Je bent er ook wel. Ik ben hier aanwezig en zij zijn daar aanwezig. Fysiek ben je daar ook. Het is niet zo virtueel, laat me zeggen. Het is virtueel, maar je kan ook op verschillende manieren aantonen dat je daar wel degelijk bent eh. De stem. Het beeld. Je kan ook geluid maken. (...) Een soort fysieke aanwezigheid herstellen.”*

Hoewel Hendrik aangaf dat het gebrek aan oogcontact waarschijnlijk grotere implicaties heeft dan we beseffen, geven de meeste therapeuten aan dat de illusie van het oogcontact, dat ze aanwezig achten bij online therapie, voldoende blijkt te zijn.

Nico: *“Je kan elkaar eigenlijk niet in de ogen kijken. Dus dat is eigenlijk al iets heel vreemd. Maar toch, in de gesprekken met de mensen online, heb ik niet het gevoel dat ik hen niet in de ogen kijk. Dat is heel raar, dat is heel vreemd eigenlijk. (...) Ik kijk niet in hun ogen, maar toch bij gesprekken online, heb ik niet de ervaring alsof er een muur staat tussen ons alsof dat afstand creëert. Ik kan dat zelf ook niet goed uitleggen hoe dat dan werkt. Maar in mijn gesprekken met mensen online, heb ik niet die ervaring.”*

Online therapie heeft methodologische beperkingen

Enkel online therapie geven zou voor een groot deel van de therapeuten onvolledig aanvoelen door methodologische beperkingen. Online lukt het immers minder goed om creatieve en visuele technieken te gebruiken en is er voor sommige interventies niet voldoende emotionele nabijheid. Sia gaf bijvoorbeeld aan dat het emotionele deel van EMDR minder goed lukte online, waardoor een aantal patiënten deze techniek niet wouden verderzetten online. Ook exposure, probleemanalyse en gelijkzwevende aandacht lukken niet even goed online. Daarnaast zijn er ook een aantal technieken die steunen op fysiek samenzijn, zoals een deel van de gedragsoefeningen, samen de wereld ingaan om daar te oefenen, samen materiaal gebruiken, werken met afstand en spiegelen. Deze technieken worden onmogelijk online.

Johannes: *“Ja, ik denk dat ik er niet alles heb kunnen uithalen. (...) Omdat, je bent minder geneigd om bepaalde oefeningen te doen, bepaalde interventies te doen. (...) Dat je samen*

dingen doet en dat valt weg. Je kan online wel samen een cognitieve oefening maken, maar je kan niet samen dingen gaan ervaren. Wij kunnen niet samen naar de winkel gaan en een pot mayonaise op de grond smijten. Dat gaat niet.”

Verder gaven sommige therapeuten aan hoe ze hiermee omgaan. Bij sommige interventies accepteren ze dat dit moeilijker is online, bij anderen zoeken ze naar alternatieven. Zo gaf Tania aan dat het mogelijk is om materiaal te verzenden via de post. Er zijn echter ook interventies die even goed lukken online, zoals cognitieve technieken (bv. imaginaire oefeningen en mindfulness), het praktische deel van EMDR en het gebruik van humor. Anne gaf aan dat ze vindt dat gelijkzwevende aandacht ook lukt online.

Tania: *“Ja, het is een beetje zoeken natuurlijk, van hoe doe ik dat nu precies? Via mail doorsturen? En je kan moeilijk samen iets opschrijven op een document. Maar op zich lukt het wel. Ik zie dat nu niet als een groot probleem dat dat op een heel andere manier verloopt.”*

Technische problemen verstoren het proces

Technische storingen kunnen de ‘flow’ van het vertellen onderbreken. De meeste therapeuten vinden dit storend voor het proces en vervelend voor hun patiënt. Er kan ook tijd kruipen in het herstellen van de verbinding of oplossen van technische problemen. Dit zorgt ervoor dat er in die sessie minder tijd naar de patiënt kan gaan. Tania gaf aan dat ze door de onderbrekingen minder het gevoel heeft er te kunnen zijn voor haar patiënten.

Tania: *“Vooral als mensen iets aan het vertellen zijn en dan vallen ze tussendoor weg en dan denk ik van “oei dat is wel iets belangrijk en ik heb het gemist”. Dan moeten ze het nog een keer herhalen of nog een keer herhalen, dat is lastig. Omdat ik dan vooral ook een beetje het gevoel krijg, van ‘oei ik ben er niet helemaal voor hun’, terwijl dat het natuurlijk de internetverbinding is. Maar je bent zo’n beetje uit uw flow van iets vertellen, ja nog een keer moeten vertellen, geen antwoord krijgen... dat, ja dat verstoort wel vind ik.”*

Twee nuances worden gemaakt rond dit onderwerp. Ten eerste geven een aantal therapeuten aan dat de technische problemen niet onoverkomelijk zijn. Ten tweede maakt Ellen de opmerking dat er bij face-to-face therapie ook technische problemen mogelijk zijn, zoals vertragingen van de trein of autopanne.

Ellen: *“Anderzijds als je naar live sessies gaat, hebt je ook soms de treinen die niet altijd op tijd zijn of zijn er patiënten die de bus gemist hebben. Kortom, er zijn ook technische elementen die soms tussen kunnen komen. Of wel is er een staking. Dus in feite zijn dat ook van die elementen, het technisch aspect dat soms een keer interfereert.”*

Als online therapie een verplichting is, is er uitval

De therapeuten geven allemaal aan dat online therapie een keuze moet blijven en dat we moeten opletten dat dit geen verplichting wordt vanuit bepaalde beleidsoverwegingen.

Johannes: *“We moeten er opletten dat zo ’n dingen, in welke vorm dan ook, al is dat videobellen, al is dat online hulp, dat dat een mogelijkheid is, maar dat het niet in de plaats komt van. Want je zou kunnen zeggen van ‘ah ja het is interessant, we kunnen de CGG’s in kleinere lokalen onderbrengen, dat is goedkoop, we kunnen dan op de infrastructuurkosten besparen en jullie werken allemaal een dag in de week via videobellen van thuis uit’. (...) Ja ik denk dat we daar, dat we heel kritisch mogen zijn bij veranderingen in het werkveld, wel openblijven, maar ook wel heel kritisch naar de motieven die erachter zitten.”*

In overeenstemming met de nuance die Nico maakt over de bias in hun ervaringen (zie hierboven), geven de meeste therapeuten aan een deel van hun patiënten verloren te zijn tijdens de verplichte omschakeling naar online therapie tijdens de COVID-19 pandemie. Jill merkte dat een groot deel van zijn patiënten geen online therapie wou doen en nam zich voor dit nooit meer tot een verplichting te maken. Johannes merkte dat voornamelijk de zwaarste problematieken overbleven, wat ook een mogelijke verklaring kan zijn voor de grotere vermoeidheid. Andere therapeuten gaven aan dat het eng is als therapeut om bepaalde patiënten te verliezen, omdat ze niet wisten of het goed zou komen met die personen.

Sia: *“Waar dat ik wel mee in heb gezeten is dat er dan mensen zijn afgehaakt. Die echt aangaven van videobellen is echt niks voor mij, ik zie dat niet zitten. En dat voelde wel even heel beangstigend om die mensen dan gewoon los te laten. Want dat zijn dan niet per se mensen waarvan dat je weet of dat het goed gaat gaan of niet.”*

Conclusie

Online therapie blijkt even goed te kunnen werken als face-to-face therapie en sommige patiënten hebben hier ook nood aan. Aan de andere kant lijkt er iets te ontbreken van de menselijke factor, zijn er methodologische beperkingen, technische verstoringen en uitval bij verplichte online therapie.

Thema 5: Online therapie verandert de privé-werk grens

Online therapie kan zowel vanuit de praktijk als vanuit de privéruimte van de therapeut gegeven worden. Dit brengt een aantal nieuwe ervaringen met zich mee.

Bij online therapie in de thuisomgeving toon je soms meer van jezelf dan je wilt als therapeut

Als de therapeut vanuit diens privéruimte therapie geeft, kunnen er meer persoonlijke elementen zichtbaar zijn dan in de praktijk. Zoals eerder beschreven is de praktijkruimte een plaats waar de therapeut controle heeft over de inrichting. Er zijn therapeuten, zoals Sia, die veel waarde hechten aan het binnenbrengen van eigenheid en huiselijkheid in de ruimte, terwijl andere therapeuten, zoals Nico, deze ruimte liever neutraal houden. Tijdens de lockdown waren een aantal therapeuten gedwongen hun praktijk verder te zetten vanuit hun privé⁶. Hierbij waren ze zich bewust van de achtergrond die zichtbaar is tijdens deze sessies. Sommige therapeuten geven aan dat ze liever een neutrale achtergrond hebben, zoals een witte muur, anderen vinden een neutrale achtergrond net te onpersoonlijk en dachten na over hoe ze meer eigenheid konden binnenbrengen. Het algemene patroon is dat de meeste therapeuten wel nadenken over de achtergrond die zichtbaar is bij hun therapie. Patiënten kunnen namelijk ook ‘getriggerd’ worden door het zien van bepaalde elementen van het leven van de therapeut.

Leen: *“Anderzijds hebben de cliënten daar ook geen boodschap aan om de big happy family op de achtergrond te zien, denk ik. Dan kies ik er wel voor om dat [kader met familiefoto] weg te halen.”*

Geen van de therapeuten gebruikt echter een virtuele of wazige achtergrond omdat ze vinden dat dit niet uitnodigend aanvoelt. Anderzijds geven ze aan dat je altijd - of de sessie nu face-to-face of online is – iets toont van jezelf. Een simpele trouwring of zwangere buik volstaan om informatie weg te geven.

Johannes: *“Dat is die wederkerigheid. Dat vond ik toch wel belangrijk. Dat als ik in de mensen hun living kan kijken dan mogen zij ook in de mijne kijken. (...) Want je komt wel in een soort van veilige plek van mensen. Zelfs al is dat online. (...) Ik weet van collega’s die neutrale achtergronden gebruikten. Ik ga dat niet doen want ik denk dat het iets meer hielp om toch enige openheid of vertrouwen te kunnen creëren.”*

Therapeuten hebben de voorkeur om vanuit de praktijk te werken

Bijna alle therapeuten geven aan dat ze de voorkeur hebben om vanuit hun praktijk te werken. Dit voornamelijk om de grens met hun privéleven te behouden, omdat daar minder afleiding is en omdat er in de praktijkruimte associaties zijn die helpen bij het werk. Zo stelt Sia dat ze in de praktijk meer de stemmen van haar collega’s hoort die haar helpen eens ‘mentaal

⁶ Sommige therapeuten hebben thuis hun praktijk en hoefden tijdens de pandemie dus niet vanuit hun privé te werken.

achterover te leunen' en heeft Hendrik kunstwerken in zijn praktijk die hem herinneren aan belangrijke thema's voor zijn analytisch werk.

Hendrik: *"Ik heb een aantal kunstwerken in mijn praktijk staan die mij herinneren aan een aantal thema's die voor mij belangrijk zijn, waar dat ik in analyse [therapie] ook mee werk, waar die voor mij ook een soort van herinnering zijn of een aanwijzing van blijf er oor naar hebben, blijf het ook zien."*

Van thuis uit werken heeft ook voordelen, zoals meer comfort en tijdsbesparing. Toch verkiezen de therapeuten om vanuit de praktijk therapie te geven.

Leen: *"Alé het is natuurlijk wel gemakkelijk van thuis uit. Je hebt geen verplaatsing dat je moet doen of je bent 'direct op uw werk'. Ja dat wel, of je bent ook snel 'terug van uw werk". Je kan ondertussen eigenlijk je eten opzetten. Dat zijn heel praktische dingen die wel een verschil kunnen maken op het einde van de dag. Maar ik zeg het, bij voorkeur heb ik het toch hier mensen te zien."*

Therapie geven in de thuisomgeving maakt het moeilijker om de grens privé-werk te behouden

Bij online therapie gebeurt het soms dat therapeuten toch sessies van thuis uit geven. Dit kan ervoor zorgen dat ze meer uren werken dan als ze enkel face-to-face sessies doen of werken ze 's avonds laat nog. Als ze van thuis uit werken, doen ze dit liefst vanuit een bureau om zo toch een grens te houden met hun privé. Andere therapeuten die geen bureau hebben, proberen een duidelijke overgang te maken tussen werk en privé tijd.

Sia: *"Maar als er nu een cliënt is die zegt "ik kan niet anders dan op woensdag- of vrijdagavond". Dan kon ik vroeger heel gemakkelijk zeggen: "dat gaat niet want dan heb ik geen bureau'. En nu durf ik wel eens af en toe te zeggen: "als het online kan, dan lukt het" en dan als de kindjes in hun bed liggen, dat ga ik toch één week op twee, zeker een avond nog werken. (...) Het is een beetje een vergiftigd geschenk. Het is niet zo gezond. Je moet ergens wel grenzen stellen en zeggen van, ja ik werk al twee avonden in de week hier, dus als je dan nog een avond ook thuis werkt, dan ben je al drie avonden van de week aan het werken. Hoeveel tijd heb je dan nog voor jezelf? Dus het is een balans weer in het afgrenzen daarin."*

Conclusie

Online therapie maakt het mogelijk om vanuit een privéruimte te werken. De meeste therapeuten werken echter liever vanuit hun praktijk omdat daar minder afleiding en helpende associaties zijn. De voornaamste reden is echter dat dit zorgt voor een duidelijkere afscheiding tussen werk en privé.

Conclusie

Volgens de therapeuten van deze studie heeft online therapie zowel voor- als nadelen. Enerzijds blijkt online therapie even goede effecten te hebben bij de meeste patiënten, al gaat dit wel enkel over de patiënten die vrijwillig online therapie doen. Hoewel de therapeutische relatie anders en soms minder goed is, kan deze ook even goed of goed genoeg zijn online. Sommige patiënten hebben ook nood aan online therapie. Aan de andere kant kan online therapie vermoeiender zijn en een bepaald gemis met zich meebrengen. Het vernauwde blikveld, de beperktere beweging en de actievare rol van de therapeut kunnen redenen zijn voor die vermoeidheid. Het gemis gaat voornamelijk over de menselijke factor, de fysieke aanwezigheid, maar ook over bepaalde methodieken, het wegvallen van de verplaatsing en controle over de omstandigheden. Als laatste zorgt online therapie ook voor onzekerheid op bepaalde vlakken, zoals aanvoelen en de praktische organisatie, en kan het een uitdaging zijn om de privé-werk grens te bewaren.

DISCUSSIE

In deze masterproef wouden we nagaan wat de visie en ervaring van therapeuten uit de systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en psychoanalyse is m.b.t. psychotherapie via videobellen en hoe deze visie en ervaring mogelijk verschilt over de genoemde stromingen. Om deze vragen te beantwoorden werden drie therapeuten uit elke stroming geïnterviewd. De interviews werden verwerkt via thematische analyse. In wat volgt bespreken we hoe de resultaten een antwoord bieden op de onderzoeksvragen en kaderen we hoe deze passen binnen de literatuurstudie. Daarna halen we de beperkingen van deze masterproef aan. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.

Bespreking van de resultaten

In overeenstemming met voorgaand effectiviteitsonderzoek geven de therapeuten aan dat online therapie zorgt voor verbetering in het functioneren van hun patiënten. Deze masterproef is een kwalitatieve aanvulling op het voornamelijk kwantitatief effectiviteitsonderzoek. De huidige bevindingen brengen ook een nuance op deze conclusie. De therapeuten gaven aan dat ze bij de meerderheid van hun patiënten nog altijd de voorkeur hebben voor face-to-face therapie. Ze stellen dat bij online therapie een deel van de menselijke factor mist, er methodologische beperkingen zijn en technische problemen die het proces kunnen verstoren. Ze merkten verder op dat als online therapie verplicht wordt dit uitval met zich meebrengt. Hierdoor vinden ze het belangrijk dat online therapie een vrijwillige keuze blijft. Dit is in overeenstemming met

onderzoek dat aantoonde dat zowel therapeuten als patiënten het belangrijk vinden om de keuze te krijgen (Haig-Ferguson et al., 2019).

Uit de literatuurstudie blijkt dat er nog gaten zijn in het onderzoek over de effectiviteit. Zo is er onder andere nog weinig geweten over bepaalde doelgroepen (Thomas et al., 2021). Eén therapeut uit deze studie gaf aan dat ze online therapie niet zou doen bij bepaalde doelgroepen, zoals personen met acute psychoses. Het is mogelijk dat er nog evidentie ontbreekt rond bepaalde doelgroepen omdat therapie met deze groepen te moeilijk is online.

Zoals aangegeven, vinden therapeuten dat een deel van de menselijke factor mist online. Dit werd ook aangegeven door patiënten in eerder onderzoek (e.g. Haig-Ferguson et al., 2019). Een eerste element van de menselijke factor is oogcontact. De meeste therapeuten uit deze studie merkten dat de illusie van oogcontact voldoende bleek te zijn. Ook in onderzoek van Garcia et al. (2021) waren er therapeuten die aangaven dat hoewel er geen echt oogcontact is, het ‘spel’ van oogcontact wel aanwezig is online. Verder was er een therapeute die aangaf dat de stem vervormd en meer mechanisch is online. Ook dit wordt vermeld in voorgaande literatuur (e.g. Frittgen & Haltaufderheide, 2020; Lichtenstein, 2021). Ten slotte gaf een therapeut aan dat bij online therapie de lichamelijke driften ook minder kans krijgen om op het toneel te verschijnen. Ook dit is in overeenstemming met voorgaande literatuur (e.g. Lichtenstein, 2021).

Net zoals de therapeuten uit de huidige studie, gaven anderen ook aan dat online therapie methodologische beperkingen kan hebben. Zo is het bijvoorbeeld moeilijk om samen materiaal te gebruiken, samen naar iets te kijken of samen een schema te maken met de patiënt (Sayers, 2021; Smith & Gillon, 2021). Ook andere technieken zoals de gelijkzwevende aandacht worden moeilijker bevonden online. Dit werd zowel aangegeven in de huidige studie als in voorgaande literatuur (e.g. Sayers, 2021; White, 2020). De therapeuten geven aan dat er voor een deel van de beperking wel oplossingen zijn, indien men creatief en flexibel genoeg is in de aanpak van de sessies (Smith & Gillon, 2021). Hoe beperkend therapeuten het medium vinden lijkt af te hangen van het soort interventies die ze gebruiken en hoe goed ze deze kunnen aanpassen aan het online formaat. In elke stroming waren er therapeuten die methodologische beperkingen aangaven die ze moeilijk konden omzetten naar het online formaat. Deze beperkingen zijn bijvoorbeeld exposure bij cognitieve gedragstherapie, creatieve en visuele technieken bij systeemtherapie en het gebruik van de divan bij psychoanalyse. Er waren ook bij elke stroming therapeuten die aangeven dat ze beperkingen ervaren, maar deze niet storend vinden. De mate waarin therapeuten beperkingen ervaren lijkt eerder samen te hangen met de specifieke interventies die ze prefereren te gebruiken, zonder dat dit samenhangt met een bepaalde stroming.

Daarnaast gaven auteurs aan dat er nog exploratief onderzoek gedaan kan worden naar de mogelijke opportuniteiten die videobellen biedt als medium. Ze geven als voorbeeld dat videobellen via de smartphone zou kunnen helpen om toch exposure te kunnen doen in de omgeving van de patiënt (Thomas et al., 2020). In deze studie gaf een van de cognitieve gedragstherapeuten aan dat exposure moeilijk is online en dat samen naar buitengaan niet kan. De suggestie van Thomas et al. (2020) zou een mogelijke oplossing kunnen zijn. De therapeut sprak echter ook over de kracht en veiligheid van het fysiek samen zijn bij exposure. In die zin is het mogelijk dat contact via de smartphone nog tekortschiet. Dit is een mogelijke piste voor toekomstig onderzoek.

Naast methodologische beperkingen, vormen ook technische storingen een obstakel bij online therapie. Ook in eerder onderzoek gaven therapeuten aan dat technische problemen de flow in een gesprek kunnen onderbreken (Garcia et al., 2021). Eén van de therapeuten uit dit sample gaf aan dat ze het moeilijk vindt om er te kunnen zijn voor haar patiënten wanneer de storingen gebeuren tijdens het bespreken van gevoelige onderwerpen. Sayers (2021) gaf dit ook aan en stelde dat dit de angst kan uitlokken dat de patiënt het vertrouwen zou verliezen om nog zo open te zijn. De therapeuten stellen dat deze storingen niet onoverkomelijk zijn. Het lijkt echter in combinatie met het ontbreken van een deel van de menselijke factor en de methodologische beperkingen toch een factor te zijn die over de stromingen heen meespeelt in hun voorkeur voor traditionele therapie.

Zowel therapeuten als patiënten dienen voldoende technologische kennis en geschikt materiaal ter beschikking te hebben. Het is echter wel de therapeut die verantwoordelijk blijft voor de digitale privacy. De therapeuten kozen een online platform dat voldoende privacy verzekert en een groot deel van hen werkt met een online wachtruimte. Hoewel de therapeuten hier aandacht voor hebben bij de organisatie van hun sessies, waren er in dit onderzoek geen therapeuten die aangaven zich zorgen te maken over de privacy van hun patiënten. In de literatuur zijn er auteurs die aangeven dat ze verbaasd waren dat er geen recente studies zijn die bezorgdheid rond digitale privacy rapporteren (Thomas et al., 2021). Mogelijk zijn therapeuten op heden al voldoende op de hoogte over hoe ze de privacy kunnen bewaken, waardoor ze zich hier geen zorgen over maken.

Therapeuten stellen dat technische storingen en verlies aan non-verbale communicatie het aanvoelen bemoeilijkt, zowel voor therapeuten (Roesler, 2017; Sayers, 2021) als voor patiënten (Haig-Ferguson et al., 2019). De therapeuten uit deze studie geven aan dat ze hierdoor soms onzekerder zijn over de impact van hun interventies en wat ze mogelijk kunnen maken online. Dit is in overeenstemming met voorgaande literatuur waar therapeuten aangeven dat ze

online bijvoorbeeld minder confrontatie durven te gebruiken (Garcia et al., 2021) en zich zorgen maken over hoe men online met conflicten omgaat (Roesler, 2017). Tot slot is dit voor therapeuten ook een extra moeilijkheid in het omgaan met crisissituaties (Hanley, 2020). In de huidige steekproef gaven therapeuten aan dat ze het moeilijker vonden om te weten hoe ze hun patiënten loslaten op het einde van de sessie. Bij patiënten in het buitenland zijn er therapeuten die zorgen dat hun patiënten fysiek ergens terechtkunnen als het niet meer gaat. Dit is ook in overeenstemming met eerder onderzoek waarin sommige therapeuten aangeven dat ze omgaan met onzekerheid door protocollen te installeren, zoals doorverwijzing naar face-to-face therapie bij te grote risico's (Smith & Gillon, 2021). Dit minder goed aanvoelen kwam aan bod bij alle stromingen, maar niet bij alle therapeuten. Er is nog onderzoek nodig om na te gaan waarom sommige therapeuten hier meer moeite mee hebben dan anderen.

Therapeuten geven verder aan dat er niet enkel informatie verloren gaat online, maar ook gewonnen kan worden. Zowel in de huidige steekproef als in voorgaande studies geven ze aan dat zicht krijgen op de thuisomgeving en -situatie online een voordeel kan zijn (Lindsay et al., 2017; Matheson et al., 2020). Ook op andere manieren laat het medium toe dat er meer verschijnt, wat dan binnengebracht kan worden in de therapie (e.g. Sayers, 2021). Zo gaven ook de therapeuten in deze studie aan dat indien ze iets opmerken bij hun patiënten (bv.: dat ze met andere dingen bezig zijn tijdens therapie of veel van ruimte veranderen), ze dit benoemen en bespreken in de sessie. Bij sommige patiënten krijgt de therapeut via het online medium net meer informatie dan face-to-face. Mogelijk kan online therapie bij deze patiënten nieuwe aanknopingspunten geven die het proces vooruithelpen.

Hoewel een goede therapeutische relatie mogelijk is online, is deze volgens therapeuten wel anders bij patiënten die online gestart zijn dan bij patiënten die face-to-face gestart zijn. In recent onderzoek rapporteerden therapeuten dat de therapeutische relatie even goed bleef bij patiënten die face-to-face gestart waren en overgegaan zijn naar online therapie (Lecomte et al., 2020; Garcia et al., 2021). De therapeuten benadrukten wel het belang van deze initiële sessies voor de opbouw van de relatie (Garcia et al., 2021). In overeenstemming met deze bevindingen gaf een deel van de huidige steekproef aan dat ze de eerste sessie liever face-to-face doen. Kwantitatief onderzoek kan nagaan of de therapeuten en patiënten de online relatie beter scoren als ze face-to-face gestart zijn dan wanneer dit niet gebeurd is.

Wanneer de therapeutische relatie minder veilig voelt, vinden patiënten het moeilijker om te kunnen doorspreken. Uit de literatuurstudie blijkt dat er zowel studies zijn die aangeven dat videobellen leidt tot minder geremdheid in het spreken als studies die aangeven dat het bespreken van gevoelige onderwerpen net moeilijker is (Thomas et al., 2021). De therapeuten

geven aan dat sommige patiënten zich veiliger voelen online. Zonder camera, voelen een deel van hen zich nog comfortabeler omdat ze op die manier niet geconfronteerd worden met de reële aanwezigheid en/of blik van de therapeut. Anderen patiënten vinden volgens de therapeuten het medium te onpersoonlijk om echt open te kunnen zijn. Mogelijk is het afhankelijk van patiënt tot patiënt welk effect het medium heeft. Dit suggereert dat online therapie mogelijk kan ingezet worden bij bepaald patiënten om het proces vooruit te helpen.

Een factor die mogelijk bepaalt welke patiënten minder geremd spreken online is de aard van hun moeilijkheden. Therapeuten geven aan dat de relatie bij vermijdende personen en personen met interpersoonlijke problemen online moeilijker is dan face-to-face. Andere auteurs geven aan dat patiënten online gemakkelijker een bepaald beeld van zichzelf kunnen voorhouden (Roesler, 2017). Mogelijk heeft het medium bij deze patiënten een remmend effect. Uit de literatuurstudie blijkt dat sommige patiënten met PTSS of psychose online therapie comfortabeler vinden omdat de interactie door de afstand minder bedreigend is (Backhaus et al., 2012; Sharp et al., 2011). Mogelijk kan online therapie in deze groepen een hulpmiddel zijn. Hier is echter nog meer onderzoek over nodig.

Roesler (2017) gaf aan dat niet enkel bij patiënten het beeld moeilijker te doorbreken is, maar ook bij de therapeuten. Een andere psychoanalytische auteur gaf echter aan dat het online medium ervoor kan zorgen dat er net meer informatie vrijgegeven wordt (Lysaker et al., 2020), waardoor het beeld van de therapeut bijgesteld kan worden. Het huidige onderzoek kan een verklaring bieden voor deze onenigheid. Eén van de systeemtherapeuten stelt dat indien je als therapeut in je privéruimte zit, dit kan tonen dat je ook maar mens bent. Mogelijk geeft online therapie vanuit de praktijkruimte minder informatie over de therapeut dan face-to-face en therapie vanuit de privé net meer. Dit zal echter ook afhangen van de thuissituatie van de therapeut en hoeveel deze kiest te laten zien. Het beeld van de therapeut is een belangrijk onderdeel van de psychoanalytische therapie (de imaginaire overdracht), het wordt in deze studie echter ook door therapeuten uit andere stromingen opgemerkt. De verschillende kaders verhinderen niet dat de therapeuten tot gelijkaardige observaties komen.

Sommige therapeuten gaven verder aan dat ze het beeld van zichzelf storend vinden, iets dat ook aan bod kwam in voorgaande onderzoeken. Het beeld kan namelijk zorgen voor een verhoogd bewustzijn (e.g. Garcia et al., 2021) en een oordelende houding. Ze maakten de reflectie dat dit wellicht ook het geval is bij hun patiënten. Dit sluit aan bij eerder onderzoek van Haig-Ferguson et al. (2019) die rapporteren dat patiënten meer zelfbewust zijn online. Psychoanalytici uit de huidige studie spreken hierbij van een ‘andere soort muur of spiegel’. Dit linkt aan het psychoanalytisch concept van de therapeut als spiegel of klankbord, waarbij de

therapeut de patiënt zijn eigen woorden teruggeeft waardoor deze inzichten kan opdoen. Mogelijk richt het therapeutisch kader de aandacht op bepaalde aspecten, waarvan de afwezigheid bij online therapie dan als meer problematisch beschouwd worden door de therapeuten uit die stroming. Andere therapeuten spraken echter ook over de impact van het zien van zichzelf op het scherm. Zij merken op dat het kan leiden tot onderbrekingen in het spreken of emotionele inhibitie. Het theoretisch kader lijkt eerder andere termen en andere nuances te bieden, maar verhindert hen echter opnieuw niet om dezelfde fenomenen op te merken.

Therapeuten geven aan dat therapie enkel mogelijk is als de patiënt ruimte maakt voor de therapie in diens leven. Dit geldt zowel voor traditionele therapie als voor online therapie. De therapeuten uit deze studie gaven echter aan dat patiënten minder ‘moeite’ moeten doen voor online therapie, aangezien hiervoor geen verplaatsing nodig is en het vaak eenvoudiger in te plannen is. Dit sluit aan bij voorgaand onderzoek dat suggereert dat patiënten bij gezinstherapie zich minder verbonden en verantwoordelijk voelen, waardoor ze minder engagement vertonen (Matheson et al., 2020). Binnen de psychoanalyse is ‘investeren in therapie’ een deel van de theorie. Patiënten investeren o.a. via de betaling en de verplaatsing. De psychoanalytici hadden veel aandacht voor het wegvallen van de verplaatsing en de mogelijke invloed hiervan. Dit werd echter ook besproken door therapeuten uit andere stromingen. Vanuit het cognitieve gedragstherapeutisch kader geven therapeuten aan dat ruimte moeten maken voor therapie een eerste ‘exposure’ is voor patiënten die moeilijk tijd voor zichzelf kunnen vrijmaken. De therapeuten komen tot dezelfde conclusie rond het ontbreken van de verplaatsing, ook al komen ze daartoe via een andere weg. Tijd en ruimte maken voor jezelf is een belangrijk onderdeel van therapie, ongeacht het therapeutisch kader.

Aan de andere kant is het wegvallen van de verplaatsing één van de grootste voordelen die aan online therapie gelinkt wordt vermits het zorgt voor een grotere toegankelijkheid en het de continuïteit van zorg verhoogt (Lecomte et al., 2020; Sharp et al., 2011). Ook in het huidige onderzoek werd dit als het grootste voordeel van online therapie gezien. Dit is zowel een voordeel voor patiënten die ver weg wonen of immobiel zijn als voor patiënten die door hun mentale moeilijkheden anders niet tot in de therapie geraken (zoals onder andere personen met een zware depressie of sociale fobie). Ook dit kwam aan bod in de literatuurstudie (e.g. Lecomte et al., 2020). Hoewel zich engageren via een verplaatsing al een eerste stap kan zijn op weg naar genezing, is deze stap voor sommige patiënten mogelijk te groot. Zij hebben misschien eerst sessies nodig om hun sociale angsten te doen dalen en/of om meer tijd voor zichzelf te kunnen vrijmaken.

Online therapie brengt verder ook nieuwe manieren van engagement met zich mee. Bij face-to-face therapie is de therapeut verantwoordelijk voor het aanbieden van een ruimte. Het is de therapeut die controle heeft over de ruimte en de indeling ervan. Er is variatie in het belang dat de therapeuten hechten aan het aanbieden en inrichten van de praktijkruimte. Het lijken vooral de systeemtherapeuten en psychoanalytici te zijn die er meer belang aanhechten, al gaven niet alle therapeuten van die stromingen dit aan. Bij online therapie is het echter de patiënt die op zoek moet naar een ruimte. De therapeuten van deze studie geven aan dat de meeste van hun patiënten gemakkelijk een ruimte vinden. Er zijn er echter bij wie dit niet vanzelfsprekend is, maar die moeite doen om wel een ruimte te vinden. Dit werd ook besproken in de literatuur (e.g. Sayers, 2021). Dit creatief zoeken naar een plek kan gezien worden als een nieuwe manier waarop patiënten zich engageren bij online therapie.

In de literatuurstudie kwam aan bod dat er online meer onzekerheid is over de aard van een stilte. Online is men nooit zeker of stilte niet louter het gevolg is van een verstoring in de verbinding (Cantone et al., 2021; Lichtenstein, 2021; Sayers, 2021). Dit wordt ook aangegeven door de therapeuten uit de huidige studie. Ze voegden er verder aan toe dat deze onzekerheid niet enkel geldt bij stiltes, maar ook wanneer de ander een boodschap niet goed lijkt te begrijpen. Dit lijkt een onderwerp dat voornamelijk terugkomt bij psychoanalytici, zowel in eerder onderzoek (e.g. Cantone et al., 2021) als in de huidige studie. Cantone et al. (2021) suggereren aan dat dit het geval is omdat de stilte een belangrijkere rol speelt in de psychoanalyse dan in de andere theoretische stromingen. Therapeuten uit andere stromingen maken zich echter ook bedenkingen inzake stiltes online. Zij gaven voornamelijk aan dat stiltes moeilijker te verdragen zijn online, iets dat ook aan bod kwam in voorgaande literatuur (McBeath et al., 2020; Sayers, 2021). Mogelijk is er bij psychoanalyse in de theorie wel een grotere aandacht voor de stilte en hoe men boodschappen al dan niet kan horen. Het lijkt echter dat ook andere therapeuten in de praktijk aandacht hebben voor stilte.

Het minder laten bestaan van stiltes kan ervoor zorgen dat patiënten minder doorspreken. Een andere mogelijke reden voor het minder doorspreken is gelinkt aan de ervaring dat het blikveld bij online therapie gereduceerd wordt tot het scherm (e.g. Garcia et al., 2021). Therapeuten geven aan dat het online onbeleefder voelt om weg te kijken van de patiënt. Waar rondkijken bij face-to-face net voelt als ‘ruimte’ geven aan de patiënt, voelt het online minder gepast om de blik ergens buiten het scherm te laten rusten (e.g. Garcia et al., 2021). Daarnaast zorgt de verminderde non-verbale communicatie ervoor dat men sterker moet focussen op de informatie die men wel nog krijgt via het beeld (e.g. Ladany et al., 2004; Sayers, 2021; White, 2020) en/of meer expliciet moet bevragen hoe de patiënt zich voelt. Het explicieter bevragen is

echter minder bruikbaar volgens therapeuten, aangezien patiënten zich niet altijd bewust zijn van wat ze onbewust tonen. Therapeuten lijken aan te geven dat hun patiënten minder doorspreken en kunnen tonen online, wat ze ervaren als een beperking.

Aan de andere kant zijn er therapeuten die aangeven dat gezichtsuitdrukkingen wel beter zichtbaar zijn omdat het gezicht van de ander dichterbij is online. De informatie van de mimiek wordt wel behouden en is volgens sommigen zelfs duidelijker aanwezig. Dit is in tegenspraak met eerdere rapportage van therapeuten die aangeven dat ze gezichtsuitdrukkingen net minder goed zien online (Sayers, 2021). Mogelijk is dit afhankelijk van de kwaliteit van het beeldscherm. Andere therapeuten uit onderzoek van Garcia et al. (2021) maakten ook de opmerking dat door enkel het gezicht te zien, de andere persoon dichterbij lijkt dan in de therapieruimte. Bij een goede beeldkwaliteit kunnen de gezichtsuitdrukkingen en de blik van de ander intenser aanwezig zijn.

De intensiteit van de blik zorgt er bij sommigen ook voor dat de camera's uitgezet worden. In de psychoanalyse werken sommige therapeuten met de divan. De patiënt ligt dan neer op een zetel, waarbij die de analyticus niet langer hoeft aan te kijken. Dit kan patiënten de nodige ruimte geven om echt vrijuit te kunnen spreken. De psychoanalytici geven aan dat ze online niet met de divan werken, maar met het uitzetten van de camera's. Ook therapeuten uit andere stromingen merkten de kracht van het uitzetten van de camera's. Mogelijk zouden sommige patiënten bij andere stromingen tijdens face-to-face therapie ook baat hebben bij de divan. Dit is een mogelijke piste voor toekomstig onderzoek. Het uitzetten van de camera is echter niet voor alle psychoanalytici equivalent aan de divan. Vanuit de ooghoeken kan de therapeut nog lichamelijke signalen waarnemen bij de patiënt terwijl men online botst op een zwart scherm. Hoewel het uitzetten van de camera helpend is voor sommige patiënten, blijft de vraag of dit even kwaliteitsvol is als het gebruik van de divan.

Therapeuten rapporteren een grotere vermoeidheid bij online therapie. Ze geven hiervoor diverse mogelijke redenen aan. Zowel in dit onderzoek als in voorgaand onderzoek werd bijvoorbeeld een sterkere focus op het scherm genoemd (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Cantone et al., 2021; Mancinelli et al., 2021; McBeath et al., 2020). Hierbij dienen we op te merken dat niet alle therapeuten online therapie vermoeiender vinden. De therapeutische stroming lijkt hier geen rol in te spelen, aangezien het thema bij elke stroming aan bod kwam. Eén van de therapeuten gaf aan dat het over tijd niet meer zo vermoeiend is. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor waarom sommigen dit wel aangeven en anderen niet. Het thema kwam echter zowel voor bij therapeuten die therapie gaven sinds de pandemie als therapeuten die dit al jaren deden. Het lijkt alsof ervaring niet voor iedereen zorgt voor minder vermoeidheid.

Er is nog onderzoek nodig om na te gaan wanneer online therapie zorgt voor een grotere vermoeidheid.

Een andere verklaring die in de huidige steekproef gegeven werd voor de grotere vermoeidheid, is dat er online minder beweging is. Zo proberen therapeuten bijvoorbeeld in beeld te blijven, waardoor ze vaak een rigidere houding aannemen, waarbij therapeuten aangeven voornamelijk naar voren geleund te zitten. In voorgaand onderzoek wordt ook gesproken over een meer rigide houding (e.g. Garcia et al., 2021). Dit minder bewegen in combinatie met de alertere houding zouden kunnen leiden tot meer vermoeidheid. Eventueel zou een full body camera helpen bij online therapie om meer bewegingsruimte te creëren. Er was bijvoorbeeld een therapeut die haar patiënten vraagt meer van hun lichaam in beeld te brengen. Dit kan nog aan bod komen in toekomstig onderzoek.

De literatuurstudie suggereert dat ervaring met online therapie zorgt voor een positievere attitude er tegenover (e.g. Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés et al., 2020; Békés et al., 2021; Connolly et al., 2020; Lazarus & Dokou, 2016). Ook in deze steekproef waren er therapeuten die aangaven dat hun attitude verbeterd was over tijd. Al waren er ook therapeuten bij wie dit niet het geval was. Zowel binnen de cognitieve gedragstherapie als binnen de psychoanalyse zijn er therapeuten waarbij de attitude verbeterd is en therapeuten die eerder negatief bleven t.o.v. het medium. Enkel binnen de systeemtherapie lijken alle therapeuten een positievere attitude te rapporteren door ervaring met het medium. Dit zijn echter slechts drie therapeuten, die niet de populatie kunnen vertegenwoordigen. Toekomstig onderzoek met meer participanten zal nog moeten uitwijzen hoe de stroming linkt aan de verandering in attitude.

Hoewel de attitude kan verbeteren over tijd blijven therapeuten zich vragen stellen inzake de effecten van online therapie. Ze vragen zich af wat de impact van het medium op het therapeutisch proces is en of de kwaliteit wel even goed is. Dit toont zich ook in het feit dat alle therapeuten op de hoogte gehouden willen worden van de onderzoeksresultaten van dit onderzoek. De therapeuten gaven aan dat ze benieuwd zijn naar de ervaringen en opinie van andere therapeuten.

Mogelijk is een deel van de onzekerheid over de effecten, interventies en aanpak online te wijten aan het feit dat een groot deel van de steekproef redelijk abrupt is overgeschakeld op online therapie tijdens de COVID-19 pandemie. De meesten gaven aan zich weinig voorbereid te hebben op de online sessies, al waren er ook therapeuten die zich ingelezen hebben in literatuur over online therapie. Voorgaand onderzoek suggereert echter dat voorbereiding een rol speelt in de attitude van therapeuten t.o.v. online therapie en de sterkte van de therapeutische relatie. Hier

stelde men de hypothese dat dit zo is omdat therapeuten meer op problemen voorbereid zijn (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). Meer voorbereiding lijkt te zorgen voor minder onzekerheid.

Tot slot lijken therapeuten zich zorgen te maken over de privé-werk balans. Omdat online therapie ook van thuis uit gegeven kan worden, vervaagt dit gemakkelijker de grenzen tussen privé en werk. Wanneer je vanuit je privé werkt, toon je als therapeut soms meer van jezelf dan vanuit de praktijk. Of dit meer dan gewenst is hangt af van hoe comfortabel de therapeut is met zelfonthulling en hoeveel waarde die hieraan hecht. Therapeuten blijken het wel belangrijk om na te denken over wat men toont online. Voorgaand onderzoek stelde ook dat het tonen van het eigen huis kan een invloed hebben op de therapeutische relatie door sociale en culturele verschillen meer te benadrukken (Matheson et al., 2020). Uit de literatuurstudie blijkt dat ook andere therapeuten zich zorgen maken over de grenzen bij online therapie (Békés et al., 2020; Békés et al., 2021; Roesler, 2017). Eerder onderzoek geeft niet aan dat er meer getoond wordt van thuis uit, maar wel dat de therapeuten meer vertellen over zichzelf online, wat zorgt voor lossere grenzen (Békés et al., 2020). Zich zorgen maken inzake grenzen lijkt los te staan van het specifieke therapeutisch kader.

Opmerkingen bij de data-analyse

Naast de vijf thema's die voortkwamen uit de thematische analyse, zijn er nog twee observaties die op de voorgrond kwamen bij het uitvoeren van de analyse. De eerste gaat over de perceptie die de therapeuten hebben van de beleving van hun patiënten. De tweede over hoe ze zich verhouden tot hun eigen ervaring met online therapie.

De ervaring die de therapeuten van hun patiënten rapporteren reflecteert hun eigen ervaring. De meeste therapeuten stellen dat hoewel online therapie voor hen even goed werkt, ze toch de voorkeur hebben voor face-to-face therapie. Ze gaven daarbij aan dat hun patiënten over het algemeen tevreden lijken met online therapie, maar dat ook hier de meerderheid face-to-face therapie verkiest. Hierbij dienen we uiteraard de nuance van Nico in het achterhoofd te houden, dat er ook een deel van de patiënten weigert om online therapie te doen. Dat patiënten tevreden zijn met online therapie, maar toch een voorkeur hebben voor face-to-face therapie kan een verklaring zijn voor de schijnbare tegenstelling in de literatuurstudie, waarbij kwantitatief onderzoek even hoge tevredenheid weergeeft en kwalitatief onderzoek toch een voorkeur voor face-to-face therapie vaststelt (Backhaus et al., 2012; Thomas et al., 2021). Andere studies vonden ook dat oudere patiënten een voorkeur hebben voor face-to-face therapie ook al hebben ze een positieve attitude t.o.v. online therapie (Lichstein et al., 2013; Ramos-Rios et al., 2012).

Tijdens de analyse viel het op dat wat therapeuten rapporteren over de beleving van hun patiënten overeenkomt met hun eigen ervaring. Therapeuten die zelf geen moeite hebben met

het zien van zichzelf op het scherm, stellen dat ze ook geen patiënten hierover horen klagen of dat ze niet de impressie hebben dat hun patiënten door het beeld afgeleid zijn. Dit werpt de vraag op naar hoe accuraat de therapeuten online de beleving van hun patiënten kunnen inschatten. Anderzijds is het ook mogelijk dat hoe de therapeut online therapie ervaart een invloed heeft op de ervaring van de patiënt. Toekomstig onderzoek zal dit nog verder moeten uitwijzen.

Online therapie is een opportuniteit tot reflectie. De therapeuten gaven tijdens de interviews aan dat de ervaring met online therapie voor hen een mogelijkheid tot reflectie kan zijn. Als eerste reflecteerden sommigen op hun attitude t.o.v. online therapie, zoals welke persoonlijke voorkeuren of eigen weerstanden er mogelijk spelen in hun opinie over het medium als alternatieve therapievorm. Daarnaast vonden de meesten het ook fijn om over de implicaties van het medium na te denken en wat ze hierdoor kunnen leren over het therapeutisch proces. Alle therapeuten vroegen op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van dit onderzoek omdat ze benieuwd waren naar wat andere therapeuten erover te zeggen hebben. Een aantal van hen kwam tot inzichten over welke elementen al dan niet essentieel zijn. Zo gaf Ellen meermaals aan dat elementen zoals de verplaatsing belangrijk zijn, maar niet essentieel. Het spreken en het verlangen van de therapeut om te helpen zijn belangrijk. Voor haar overstijgt dit het medium.

Als laatste reflecteerden de therapeuten ook op de positie van online therapie in het therapeutisch landschap en de positie van de psychotherapie in de maatschappij. Een aantal therapeuten stelden dat de discipline kritisch moet blijven t.o.v. de beweegredenen voor het aanbevelen van online therapie. De maatschappelijke evolutie van sneller en efficiënter mag volgens hen hiervoor geen reden zijn. We moeten ons ethische vragen blijven stellen over de invloed van het medium op de therapie en de patiënt en moet in het voordeel van de patiënt gebruikt worden. Daarnaast vonden de meesten dat het wel een goede oplossing was tijdens de COVID-19 pandemie. Ze stellen dat omstandigheden in de wereld (of bij de patiënt) geen reden mogen zijn om geen therapie meer te bieden. Andere alternatieven, zoals gaan wandelen tijdens de therapie, werden ook als goede oplossing aangehaald.

Beperkingen van deze masterproef en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Het huidige onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste is het exploratief. Het is slechts een eerste stap om na te gaan hoe de therapeutische stroming een rol speelt in de attitude en hoe het therapeutisch proces verloopt bij online therapie. Onderzoek naar dit proces werd o.a. aanbevolen door Smith et al. (2021). Toekomstig onderzoek kan hierop verder gaan door dieper in te gaan op de gevonden thema's.

Ten tweede is het huidige onderzoek gericht op het ontdekken van brede patronen over drie therapeutische stromingen. Gezien de praktische beperkingen van een masterproef, konden er slechts drie therapeuten per stroming deelnemen. Dit zorgt ervoor dat de ervaring eerder meningen van specifieke therapeuten zijn, dan ervaringen die gelden voor de alle therapeuten uit die stroming. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen verdiepen in de ervaringen van therapeuten bij elke stroming apart of met een groter sample werken per stroming. Ook kwantitatieve methoden kunnen meer inzicht brengen in de factoren die een rol spelen in de attitude van de therapeuten. Daarnaast is ook het aantal stromingen beperkt. In Vlaanderen is de cliëntgerichte therapie de vierde erkende psychotherapiestroming. Deze kwam echter niet aan bod in deze studie. Toekomstig onderzoek zou de huidige bevindingen dus kunnen uitbreiden met andere therapeutische stromingen.

Ten derde is dit onderzoek beperkt qua setting. Met uitzondering van Jill, werken alle therapeuten op de tweede lijn. De ervaring van Jill lijkt het meest positief van alle therapeuten uit deze studie. Mogelijk is dit te wijten aan het werken op eerste lijn. Toekomstig onderzoek kan dit nog verder exploreren. De studie beperkte zich ook tot de ervaring van individuele therapie met volwassenen. De literatuurstudie suggereert echter dat het werken met kinderen en jongeren online nog extra en/of andere ervaringen met zich meebrengt. Ook het werken met groepen en/of koppels geeft mogelijk andere ervaringen. Als laatste bestaat de huidige steekproef ook enkel uit therapeuten uit de privésector. Toekomstig onderzoek kan de ervaring van therapeuten nagaan uit instellingen zoals geestelijke gezondheidscentra.

Het is ook belangrijk voor de lezer om in het achterhoofd te houden dat op één participant na, de therapeuten allemaal in België werken. De literatuurstudie suggereert immers dat het nationale gezondheidsbeleid een invloed heeft op de attitude van therapeuten t.o.v. online therapie (Humer et al., 2020; Schuster et al., 2020). Mogelijk gelden de huidige bevindingen niet in andere geografische contexten.

Ten slotte is het ook belangrijk om in rekening te brengen dat deze therapeuten min of meer vrijwillig gekozen hebben om online therapie te geven. De opinie van therapeuten die niet online willen werken, is niet opgenomen in deze masterproef. Hun stem is echter ook belangrijk in de discussie over de waarde van therapie via videobellen. Daarnaast is het ook mogelijk dat de therapeuten die deelnemen dit deden omdat ze een sterke mening hebben over online therapie, waardoor de meer gematigde opinies uit deze steekproef zouden vallen. Na analyse is echter duidelijk geworden dat de steekproef zowel redelijk negatieve attitudes, positieve attitudes als meer gematigde opinies bevat. Als laatste is het ook belangrijk om opnieuw te nuancering dat de ervaringen beschreven in deze masterproef enkel gaan over therapie met patiënten die instemden

om online therapie te doen. Er is ook hier een deel van de patiëntengroep die uit de focus van dit onderzoek valt.

Uit de besprekingen van de resultaten kwamen nog andere nieuwe pistes voor onderzoek naar boven. Zo zou er onderzoek kunnen gedaan worden naar het gebruik van de divan bij andere therapeutische stromingen, zou men ook kunnen nagaan of online therapie met full body camera's aangenamer is voor therapeuten en of exposure via de smartphone even goed werkt als bij fysieke aanwezigheid van de therapeut. Verder kan toekomstig onderzoek ook nagaan hoeveel belang therapeuten uit diverse stromingen hechten aan de praktijkruimte. Tot slot kan kwantitatief onderzoek gebruikt worden om na te gaan wat de invloed is van het al dan niet face-to-face laten doorgaan van de eerste sessie op de therapeutische relatie bij online therapie.

Toekomstig onderzoek zou zich naast de vermelde aanbevelingen ook nog kunnen richten op de ervaring van patiënten. Hierbij zou men kunnen nagaan welke factoren bepalen of patiënten al dan niet voorstander zijn van online therapie en wat bepaalt of het bij hen al dan niet het gewenste effect heeft. De literatuurstudie en bevindingen van het huidige onderzoek suggereren dat de aard van de moeilijkheden van de patiënt hier een rol in spelen. Verder zou onderzoek naar de ervaringen van therapeut-patiënt koppels kunnen aangeven of de therapeuten de ervaring van hun patiënten online al dan niet accuraat kunnen inschatten.

Praktische implicaties

Met betrekking tot het beleid inzake online therapie, lijkt het belangrijk voor therapeuten dat videobellen geen verplichting blijft. Ze geven aan dat face-to-face therapie de voorkeur dient te blijven hebben. Maatschappelijke evoluties inzake efficiëntie en digitalisering mogen er volgens hen niet voor zorgen dat online therapie een verplichting wordt. De meeste therapeuten gaven wel aan dat online therapie een optie kan blijven voor patiënten die hier nood aan hebben.

Mogelijk kan psychotherapie via videobellen geïntegreerd worden in de opleiding en zo een deel van de onzekerheid van therapeuten wegnemen.

CONCLUSIE

De gevonden thema's lijken grotendeels in overeenstemming met voorgaand onderzoek naar de beleving van therapeuten. Deze kwalitatieve rapportage is verder ook een aanvulling op kwantitatief effectiviteitsonderzoek dat aantoont dat online therapie even effectief kan zijn als traditionele psychotherapie. Het huidige onderzoek maakt hierop echter de nuance dat face-to-face therapie over het algemeen toch de voorkeur krijgt wegens de menselijke factor, meer

methodologische mogelijkheden en minder technische storingen. Daarnaast geven therapeuten aan dat online therapie ‘kleiner’ is, meer onzekerheid genereert en een verschuiving in verantwoordelijkheid en engagement met zich meebrengt. Het blijkt dat therapeuten uit de psychoanalyse, systeemtherapie en cognitieve gedragstherapie andere accenten leggen en via andere concepten over online therapie nadenken. Ze komen via de diverse kaders echter wel tot gelijkaardige conclusies. Daarnaast zijn er ook aspecten van de beleving van online therapie die losstaan van het kader, zoals de beleving van de privé-werk grens. Deze resultaten vormen een startpunt voor verder onderzoek naar de beleving van diverse soorten therapeuten en onderzoek over het therapeutisch proces bij online therapie.

REFERENTIES

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T.A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*. DOI: 10.1080/09515070.2020.1773404
- Abraham, A., Jithesh, A., Doraiswamy, S., Al-Khawaga, N., Mamtani, R. & Cheema, S. (2021). Telemental Health Use in the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review and Evidence Gap Mapping. *Frontiers in Psychiatry*, 12. DOI: 10.3389/fpsy.2021.748069
- Altmann, U., Schwartz, B., Schonherr, D., Rubel, J., Stangier, U., Lutz, W., & Strauss, B. (2020). Therapist effects in outpatient treatment of social anxiety disorder. *Psychotherapeut*, 65(6), 444-455. DOI: 10.1007/s00278-020-00453-7
- Baars, B. J. & Gage, N. M. (2013). *Fundamentals of Cognitive Neuroscience: A Beginner's Guide*. Maarssen, Nederland: Elsevier Gezondheidszorg.
- Backhaus, A., Agha, A., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J., & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing Psychotherapy: A Systematic Review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. DOI: 10.1037/a0027924.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.
<https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>.

- Barnett, P. Goulding, L., Casetta, C., Jordan, H., Sheridan-Rains, L., Steare, T., Williams, J., Wood, L., Gaughran, F. & Johnson, S. (2021). Implementation of Telemental Health Services Before COVID-19: Rapid Umbrella Review of Systematic Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7).
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, 8(60). DOI:10.1186/1471-244X-8-60
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' Attitudes Toward Online Therapy During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238-247. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000214>
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X. C., Prout, T. A. & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' challenges with online therapy during COVID-19: concerns about connectedness predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers In Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.705699
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Prout, T. A. & Hoffman, L. (2020). Stretching the Analytic Frame: Analytic Therapists' Experiences with Remote Therapy During COVID-19. *Journal of the American psychoanalytic association*, 68(3), 437-446. DOI: 10.1177/0003065120939298
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family practice*, 36(1), 53-63. doi:10.1093/fampra/cmy072
- Bocklandt, P. (2020, 19 juni). Beslissing online communiceren in coronacrisis. Geraadpleegd op 7 september 2021, van <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/online-in-coronacrisis/>
- Borcsa, M., Pomini, V. & Saint-Mont, U. (2020). Digital systemic practices in Europe: a survey before the Covid-19 pandemic. *Journal of family therapy*. DOI: 10.1111/1467-6427.12308
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric services*, 49(7), 963-964. DOI: 10.1176/ps.49.7.963
- Carr, A. (2012). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice* (3e ed.). Wiley-Blackwell.

- Choi, N. G., Marti, C. N., Bruce, M. L., Hegel, M. T., Wilson, N. L. & Kunik, M. E. (2014). Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. *Depression and anxiety*, 31(8), 653-661. DOI: 10.1002/da.22242
- Cantone, D., Guerriera, C., Architravo, M., Alfano, Y. M., Cioffi, V., Moretto, E., Mosa, L. L., Longobardi, T., Muzii, B., Maldonato, N. M. & Speandeo, R. (2021). A sample of Italian psychotherapists express their perception and opinions of online psychotherapy during the covid-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 56(4), 198-204. DOI: 10.1708/3654.36347
- Chen, C. K., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J. A., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A. F. & Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*. DOI: 10.1080/09515070.2020.1779031
- Christensen, L. F., Gildberg, F. A., Sebbesen, C., Skjoeth, M. M., Nielsen, C. T., & Hansen, J. P. (2020). Disagreement in Satisfaction Between Patients and Providers in the Use of Videoconferences by Depressed Adults. *Telemedicine and e-Health*, 26(5), 614-620. DOI: 10.1089/tmj.2019.0055
- Cipolletta, S., Frassoni, E. & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical psychologist*, 22(2), 220-229. DOI: 10.1111/cp.12117
- Connolly, S., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 27(2). DOI: 10.1111/cpsp.12311
- Coronavirus (Covid-19): Teleconsultatie | Psychologencommissie. (2020, 14 april). Geraadpleegd op 7 september 2021, van <https://compsy.be/nl/coronatele>
- Crow, S. J., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Wonderlich, S. & Lancaster, K. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour research and therapy*, 47(6), 451-453. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.006
- De Witte, N. A. J., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., Belmont, A., Overland, S., Abi-Habib, R., Bernaert, S., Brugnera, A., Compare, A., Duque, A., Ebert, D. D., Eimontas, J., Kassianos, A. P., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Tohme, P., Van Assche, E. & Van Daele T. (2021). Online consultations in mental healthcare during

the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interventions-The Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health*, 25. DOI: 10.1016/j.invent.2021.100405

Desmet, M. (2019). *Lacan's logic of subjectivity: A walk on the graph of desire* (1e ed.). Ghent, Belgium: Owl Press.

Dourdouma, A., Gelo, O. C. G. & Moertl, K. (2020). Change process in systemic therapy: A qualitative investigation. *Counselling & psychotherapy research*, 20(2), 235-247. DOI: 10.1002/capr.12278

Egede, L. E., Acierno, R., Knapp, R. G., Lejuez, C., Hernandez-Tejada, M., Payne, E. H. & Frueh, B. C. (2015). Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry*, 2(8), 693-701. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00122-4

Ellman, S. J. & Vorus, N. (2021). Commentary on Notes From a Pandemic: A Year of COVID-19. *Psychoanalytic psychology*, 38(2), 142-150. DOI: 10.1037/pap0000363

Fernandez-Alvarez, J. & Fernandez-Alvarez, H. (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects? *Frontiers in Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.589536

Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172

Freedman, N., Hoffenberg, J. D., Vorus, N., & Frosch, A. (1999). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 741-772. DOI: 10.1177/00030651990470031001

Freud, S. (1905*d*) 'Drie verhandelingen over de theorie van de seksualiteit', *Werken* 4: 9, 15-116.

Frittgen, E. & Haltaufderheide, J. (2022). 'Can you hear me?': communication, relationship and ethics in video-based telepsychiatric consultations. *J Med Ethics*, 48(1), 22-30. DOI: 10.1136/medethics-2021-107434.

- Garcia, E., Di Paolo, E. A. & De Jaegher, H. (2021). Embodiment in online psychotherapy: a qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. DOI: 10.1111/papt.12359.
- Gilis, G. (2020). Oogcontact met therapeut is broodnodig in coronatijden. Ontleend aan <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/04/27/geestelijke-gezondheidszorg-op-afstand-werkt-niet/>.
- Grondin, F., Lomanowska, A. M. & Jackson, P. L. (2019). Empathy in computer-mediated interactions: A conceptual framework for research and clinical practice. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 26(4). DOI: 10.1111/cpsp.12298
- Gurman, A. S., & Messer, S. B. (2005). *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (2^e ed.). Guilford Publications.
- Haig-Ferguson, A., Loades, M., Whittle, C., Read, R., Higson-Sweeney, N., Beasant, L., Starbuck, J. & Crawley, E. (2019). "It's not one size fits all"; the use of videoconferencing for delivering therapy in a Specialist Paediatric Chronic Fatigue Service. *Internet interventions-the application of information technology in mental and behavioural health*, 15, 43-51. DOI: 10.1016/j.invent.2018.12.00.
- Hanley, T. (2020). Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the future. *Counseling and psychotherapy research*. DOI: 10.1002/capr.12385
- Harerimana, B., Forchuk, C. & O'Regan, T. (2019). The use of technology for mental healthcare delivery among older adults with depressive symptoms: A systematic literature review. *International journal of mental health nursing*, 28(3), 657-670. DOI: 10.1111/inm.12571
- Humer, E., Pieh, C. S., Kuska, M., Barke, A., Doering, B. K., Gossmann, K., Trnka, R., Meier, Z., Kascakova, N., Tavel, P. & Probst, T. (2020) Provision of Psychotherapy during the COVID-19 Pandemic among Czech, German and Slovak Psychotherapists. *International Journal of Environmental research and public health*, 17(13). DOI: 10.3390/ijerph17134811
- Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Schimbock, W. & Probst, T. (2020). Psychotherapy via the Internet: What Programs Do Psychotherapists Use, How Well-Informed Do They Feel, and What Are Their Wishes for Continuous Education? *International journal of environmental research and public health*, 17(21). DOI: 10.3390/ijerph17218182

- Joos, S. (2020, 8 april). *Psychologen zouden chaos moeten structureren en mensen houvast bieden, maar dat lijken ze nu net niet te doen*. Geraadpleegd van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/04/07/opinie-stef-joos-hulpvragen-psycholoog/>
- Kaiser, J., Hanschmidt, F. & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 114*. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106512
- King, V. L., Brooner, R. K., Peirce, J. M., Kolodner, K., & Kidorf, M. S. (2014). A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse counselling. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*, 36–42
- Korecka, N., Rabenstein, R., Pieh, C., Stippl, P., Barke, A., Doering, B., Gossmann, K., Humer, E. & Probst, T. (2020). Psychotherapy by Telephone or Internet in Austria and Germany Which CBT Psychotherapists Rate It More Comparable to Face-to-Face Psychotherapy in Personal Contact and Have more Positive Actual Experiences Compared to Previous Expectations? *International journal of environmental research and public health, 17*(21). DOI: 10.3390/ijerph17217756
- Kotera, Y., Kaluzeviciute, G., Lloyd, C., Edwards, A. M. & Ozaki, A. (2021). Qualitative Investigation into Therapists' Experiences of Online Therapy: Implications for Working Clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(19). DOI: 10.3390/ijerph181910295
- Kysely, A. (2015). *Couples Education via videoconferencing: Bridging the demand gap* [Unpublished doctoral dissertation]. School of Psychology and Speech Pathology.
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J. & O'Brien, K. M. (2004). Therapist perspectives on using silence in therapy: a qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research, 4*(1), 80-89. <https://doi.org/10.1080/14733140412331384088>
- Lakeman, R. & Crighton, J. (2020). The impact of social distancing on people with borderline personality disorder: The views of dialectical behavioural therapists. *Issues in mental health nursing*. DOI: 10.1080/01612840.2020.1817208
- Lazarus, L., & Dokou, A. (2016). Mental health professionals' acceptance of online counselling. *Technology in society, 44*, 10-14. DOI: 10.1016/j.techsoc.2015.11.002

- Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Francoeur, A., Cloutier, B., Leboeuf, A., Abadie, P., Villeneuve, M. & Guay, S. (2020). Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis: A pilot study. *Early intervention in psychiatry*. DOI: 10.1111/eip.13099
- Lemma, A. (2017). *The Digital Age on the Couch: Psychoanalytic Practice and New Media* (1st ed.). Routledge.
- Lichstein, K. L., Scogin, F., Thomas, S. J., DiNapoli, E. A., Dillon, H. R. & McFadden, A. (2013). Telehealth Cognitive Behavior Therapy for Co-Occurring Insomnia and Depression Symptoms in Older Adults. *Journal of clinical psychology*, 69(10), 1056-1065. DOI: 10.1002/jclp.22030.
- Lichtenstein, D. (2021). Are you there? *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 107-108. DOI: 10.1037/pap0000361
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry* (1st ed.). SAGE Publications.
- Lysaker, P. H., Hillis, J. D., Zalzal, A. B. & Gagen, E. C. (2020). Reflection and Recovery from Psychosis during the Time of COVID-19: Adaptation in Psychotherapy in the United States. *Clinica Y Salud*, 31(2), 99-103. DOI: 10.5093/clysa2020a16
- Mancinelli, E., Gritti, E. S., Lomoriello, A. S., Salcuni, S., Lingiardi, V. & Boldrini, T. (2021). How Does It Feel to Be Online? Psychotherapists' Self-Perceptions in Telepsychotherapy Sessions During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers In Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.726864
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Bouchard, S., Drouin, M. S., & Germain, V. (2011) Relative Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy Administered by Videoconference for Posttraumatic Stress Disorder: A Six-Month Follow-Up. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 304-321. doi:10.1080/10926771.2011.56247
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T. & Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 240-246.
- Matheson, B. E., Bohon, C. & Lock, J. (2020). Family-based treatment via videoconference: Clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. *International journal of eating disorders*, 53(7), 1142-1154. DOI: 10.1002/eat.23326

- McBeath, A. G., du Plock, S. & Bager-Charleson, S. (2020). The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic. *Counselling & Psychotherapy research*, 20(3), 394-405. DOI: 10.1002/capr.12326
- Messina, I. & Löffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, process and Outcome*, 24, 53-59. DOI: 10.4081/ripppo.2021.514
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2de ed.). Sage publications.
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C. & Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour research and therapy*, 46(5), 581-592. DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.004
- Murray, R. (2002). The Phenomenon of Psychotherapeutic Change: Second-Order Change in One's Experience of Self. *Journal of contemporary psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 32(2-3), 167-177.
<https://doi.org/10.1023/A:1020592926010>
- Oliver, D. P. & Demiris, G. (2010). Comparing Face-to-Face and Telehealth-Mediated Delivery of a Psychoeducational Intervention: A Case Comparison Study in Hospice. *Telemedicine Journal and E-health*, 16(6), 751-753. DOI: 10.1089/tmj.2010.0013
- Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., Marker, C. D. (2013). Attitudes toward psychological telehealth: Current and future clinical psychologists' opinions of internet-based interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 100–113.
- Pierce, B. S., Perrin, P. B. & McDonald, S. D. (2020). Path analytic modelling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of clinical psychology*, 76(6), 1135-1150. DOI: 10.1002/jclp.22851
- Powers, M. B., de Kleine, R. A. & Smits, J. A. J. (2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 611-623. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.010

- Prins, P., Bosch, J. & Braet, C. (2018). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen (3^e Editie)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of Psychotherapy (9de editie)*. Oxford University Press.
- PsychoseNet. (2017, 28 november). *Verschillende vormen van psychotherapie – Stijn Vanheule* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=pGeB69UX8EA>
- Rains, L. S., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Taylor, B. L., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Oram, S., Morant, N. & Simpson, A. (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 56(1), 13-24. DOI: 10.1007/s00127-020-01924-7
- Ramos-Rios, R., Mateos, R., Lojo, D., Conn, D. K., & Patterson, T. (2012). Telepsychogeriatrics: a new horizon in the care of mental health problems in the elderly. *International psychogeriatrics*, 24(11), 1708-1724. DOI: 10.1017/S1041610212000981
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A Systematic Review of Videoconference-Delivered Psychological Treatment for Anxiety Disorders. *Australian Psychologist*, 50, 259-264. doi:10.1111/ap.12122
- Rees, C. S. & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653. DOI: 10.1037/0735-7028.36.6.649
- Roesler, C. (2017) Tele-analysis: the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of analytical psychology*, 62(3), 372-394. DOI: 10.1111/1468-5922.12317
- Sayers, J. (2021). Online psychotherapy: Transference and countertransference issues. *British journal of Psychotherapy*, 37(2), 223-233. DOI: 10.1111/bjp.12624
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., Laireiter, AR. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet interventions – The application of information technology in mental and behavioural health*. 21(100326). DOI: 10.1016/j.invent.2020.100326

- Sharp, I. R., Kobak, K. A. & Osman, D. A. (2011). The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry, 10*(14).
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-14>
- Sibley, M. H., Comer, J. S. & Gonzalez, J. (2017) Delivering parent-teen therapy for ADHD through videoconferencing: A preliminary investigation. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 39*(3), 467-485. DOI: 10.1007/s10862-017-9598-6
- Smith, J. & Gillon, E. (2021). Therapists' experiences of providing online counselling: a qualitative study. *Counselling & psychotherapy research, 21*(3), 545-554. DOI: 10.1002/capr.12408.
- Smith, K., Moller, N., Cooper, M., Gabriel, L., Roddy, J. & Sheehy, R. (2021). Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base. *Counselling & Psychotherapy research*. DOI: 10.1002/capr.12436.
- Smoktunowicz, E., Barak, A., Andersson, G., Banos, R. M., Berger, T., Botella, C., Dear, B. F., Donker, T., Ebert, D. D., Hadjistavropoulos, H., Hodgins, D. C., Kaldo, V., Mohr, D. C., Nordgreen, T., Powers, M. B., Riper, H., Ritterband, L. M., Rozental, A., Schueller, S. M., Titov, N., Weise, C. & Carlbring, P. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interventions- The Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health, 21*. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100331
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical psychology review, 13*, 593-618.
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing In-Person to Videoconference-Based Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Anxiety Disorders: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet research, 15*(11). DOI: 10.2196/jmir.2564.
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy- Theory Research and Practice, 94*(3), 854-883. DOI: 10.1111/papt.12332
- Truijens, F., De Smet, M. M., Desmet, M. & Meganck, R. (2021). Validity of Data as Precondition for Evidence: A Methodological Analysis of What is Taken to Count as

Evidence in Psychotherapy Research. *Philosophy, psychiatry & psychology*, 28(2), 115-128.
DOI: <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0018>

- Vaitheswaran, S., Crockett, P., Wilson, S. & Millar, H. (2012). Telemental health: videoconferencing in mental health services. *Advances in psychiatric treatment*, 18, 392-398. DOI: 10.1192/apt.bp.111.008904
- Van Reybrouck, T. (2020). Zeker nu moet psychotherapie toegankelijk zijn. Ontleend aan https://www.standaard.be/cnt/dmf20200323_04899876?&articlehash=DD8116F77C0C881608A617F60B44D58144F0FC77084D6E7171F3A671C4CF9FFF04D152043FB68F06174CA58C0D1463DB5712647EA9C130770B121D7C69149957.
- Van Eynde, H. (2020). Digitale therapie werkt: 'Na een kwartiertje ben je die camera al vergeten'. Ontleend aan <https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/digitale-therapie-werkt-na-een-kwartiertje-ben-je-die-camera-al-vergeten/article-normal-1587337.html>.
- Verhaeghe, P. (2009). *Over normaliteit en andere afwijkingen* (1^e ed.). Leuven, België: Uitgeverij Acco.
- Wade, S. L., Gies, L. M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., Corti, C., Limond, J., Modi, A. C., & Williams, T. (2020). Telepsychotherapy with children and families: Lessons gleaned from two decades of translational research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 332-347. DOI:10.1037/int0000215
- Wang, X., Gordon, R.M., & Snyder, E.W. (2020). Comparing Chinese and US practitioners' attitudes towards teletherapy during the COVID-19 pandemic. *Asia-Pacific Psychiatry*, e12441. <https://doi.org/10.1111/appy.12440>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Working Alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>
- White, K. (2020). 'Practising as an analyst in Berlin in times of the coronavirus: the core components of psychoanalytic work and the problem of virtual reality'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(3), 580–84.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions* –

the application of information technology in mental and behavioural health, 20. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317

Yuen, E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B. & Acierno, R. (2015). Randomized Controlled Trial of Home-Based Telehealth Versus In-Person Prolonged Exposure for Combat-Related PTSD in Veterans: Preliminary Results. *Journal of Clinical Psychology, 71*(6), 500-501. DOI: 10.1002/jclp.22168

BIJLAGEN

Bijlage 1: Uitgebreide tabel van participanten

Stroming	Naam	Leeftijd Geslacht	Klinische ervaring	Master	Therapie opleiding	Locatie	Exclusie van groepen	Ervaring met online therapie
S	Sia	33 V	Ongeveer 10 jaar: ziekenhuis en zelfstandige praktijk	Ugent Klinische psychologie	Systeemtherapie Interactie-academie Antwerpen EMDR Trauma opleiding	België Gent	Autismespectrumstoornis, ADHD, dwangproblematieken, specifieke fobieën, eetstoornissen	Sinds pandemie. Nu nog 20% van de sessies online
S	Leen	29 V	Ongeveer 5 jaar: groepspraktijken, bijzondere jeugdzorg en gevangenis	Ugent, klinische psychologie	IPRR vzw: Systeemtherapie	België, Gent	Fobieën, psychose	Sinds Pandemie, nu voornamelijk f2f, rest combinatie online-f2f of volledig online
S	Nico	62 M	Ongeveer 40 jaar: ziekenhuis, sinds 6 jaar enkel zelfstandige praktijk	Ugent, klinische psychologie	Systeemtherapie Interactie-academie Antwerpen	België, Gent	Geen	Sinds pandemie. Nu deels online, deels f2f
CGT	Johannes	26 M	4 jaar: zelfstandige groepspraktijk	Ugent, klinische psychologie	Bezig met opleiding gedragstherapie (2 ^e jaar) aan Ugent	België, Gent	Geen Voornamelijk dwang, angst, hoge eisen en persoonlijkheidsproblematieken	Sinds pandemie. Nu meestal f2f, tenzij het praktisch gezien enkel online kan
CGT	Tania	35 V	11 jaar: ziekenhuis, sinds 1 jaar enkel zelfstandige praktijk	Ugent, Klinische psychologie	Cognitieve-gedragstherapie Ugent ACT + CBT-I	België, Gent	Geen. Voornamelijk burn-out, angst, aanpassingsproblemen en psychose	Sinds zomer 2020. Nu nog 20% online
CGT	Jill	59 M	Meer dan 30 jaar: zelfstandige praktijk, begeleiding aan huis, groepstraining	KUL, klinische psychologie	Korte opleidingen rond CGT (vb.: RET).	België, Vlaams-Brabant	Enkel doorverwijzing indien meer gespecialiseerde hulpverlening nodig.	Sinds 2013. Nu combinatie (ongeveer 30% online)
PA	Ellen	68 V	Ongeveer 30 jaar: zelfstandige praktijk	Mater Kunst-wetenschappen	Permanente vorming Psychoanalyse Ugent. Permanente opleiding psychoanalyse in Parijs	België, Gent	Geen	Reeds aantal begeleidingen online voor pandemie. Nu 2% nog online
PA	Hendrik	43 M	20 jaar: instelling voor kinderen en jongeren, zelfstandige praktijk	Ugent, klinische psychologie	Opleiding psychoanalyse vormingsinstituut van het gezelschap voor psychoanalyse en psychotherapie	België, Gent	Geen	Eigen analyse deels online. 8 jaar geleden eerste vraag voor online. Nu alles f2f op 1 persoon na
PA	Anne	42 V	10 jaar: instellingen, bijzondere jeugdzorg, zelfstandige praktijk	VUB, klinische psychologie	Psychoanalyse Grupo Moebius, Analyse Freudienne.	Argentinië, Buenos Aires	Geen. Voornamelijk gemarginaliseerde achtergronden	Eigen analyse deels online. Sinds 5 jaar zelf online sessies geven. Nu grotendeels online.

S = systeemtherapie; CGT = Cognitieve-gedragstherapie; PA = Psychoanalyse, f2f = face to face therapie

Bijlage 2: Reflecties op criteria van Miles en Huberman (1994)

(1) Is de samplingstrategie relevant voor het conceptuele kader en de onderzoeksvragen?

Gebruik maken van criterium sampling zorgt voor de werving van psychologen die de nodige achtergrond hebben in een specifieke stroming. Daarnaast zorgt het er ook voor dat ze de nodige ervaring hebben met sessies via videobellen. Hierdoor is de steekproef bekend met de besproken thema's en de bestudeerde concepten. Dit kwam tot uiting in de interviews waar de concepten van de literatuurstudie besproken werden door de participanten.

(2) Is het waarschijnlijk dat de steekproef rijke informatie zal opleveren over het bestudeerde fenomeen?

Aansluitend op de vorige vraag, zorgt de achtergrond in online sessies ervoor dat de participanten een rijke ervaring hebben met het fenomeen. Dit bleek inderdaad het geval te zijn tijdens de interviews. Deze gaven voldoende materiaal om thema's uit op te maken.

(3) Verhoogt de steekproef de generaliseerbaarheid van de bevindingen?

Criterium 3 komt in conflict met criterium 6. Gezien dit onderzoek kadert in een masterproef, is het niet haalbaar meer dan drie participanten per stroming te bevragen. Drie therapeuten kunnen echter geen volledige stroming vertegenwoordigen, tenzij er gebruik gemaakt zou worden van critical case sampling. Er is echter nog niet voldoende geweten over het onderwerp om criteria op te stellen over wat een 'critical case' is. Gezien de aard van dit onderzoek exploratief is en het doel voornamelijk is om aanknopingspunten te bieden voor toekomstig onderzoek, is deze steekproefgrootte voldoende om dit mogelijk te maken.

Verdere beperkingen van de generaliseerbaarheid, worden nog besproken bij de discussie. Deze zijn het gevolg van de inclusiecriteria: enkel individuele therapie bij volwassenen, enkel hulpverlening op de tweede lijn en enkel in de privésector. Als laatste werd ook gekozen om slechts drie therapeutische stromingen op te nemen. Dit beperkt echter de generaliseerbaarheid naar de visie van therapeuten van andere stromingen, zoals client-centered therapie.

(4) Kan de steekproef geloofwaardige beschrijvingen/verklaringen opleveren?

De inclusiecriteria voor de werving van participanten dragen bij aan het krijgen van beschrijvingen die trouw zijn aan het echte leven. De therapeuten moeten zowel ervaring hebben met face-to-face sessies als met online sessies, waardoor ze een rijke ervaring hebben inzake het onderwerp. Ze hebben ook allen een therapieopleiding gevolgd (enkel Jill heeft geen volledige therapieopleiding

gevolgd, maar enkel een paar korte opleidingen) en zijn volledig ondergedompeld geweest in hun stroming. Dit kader is voldoende aanwezig in hun antwoorden.

(5) Is de samplingstrategie ethisch?

Deze masterproef spitst zich toe op de visie van therapeuten op psychotherapie via videobellen. Hieruit kunnen reflecties volgen op de wenselijkheid van deze alternatieve vorm voor therapie. Er zijn echter nog andere belangrijke actoren wiens stem ook gehoord dient te worden. In de eerste plaats die van de patiënten aan de andere kant van het scherm. Hun beleving en mening is onmisbaar bij het nadenken over de toekomst van dit medium.

Daarnaast is deze masterproef ook beperkt tot drie therapeutische stromingen. Uiteraard zijn er nog andere aanwezig in het therapielandschap, zoals o.a. de cliëntgerichte, psychodynamische en integratieve psychotherapie. Deze therapeuten dienen uiteraard ook een stem te krijgen.

De participantenwerving voor dit onderzoek gebeurde via het internet. Mogelijk krijgen we hierdoor een steekproef die zich meer vertrouwd voelt met het internet (bv. een website kan maken). Tijdens de pandemie stonden echter ook psychotherapeuten die minder goed overweg kunnen met de technologie voor de keuze om de activiteiten stop te zetten of online te laten doorgaan. Zij die voor online sessies kozen, beleefden deze mogelijk anders. Hun stem dient ook gehoord te worden. Als laatste zijn er ook psychotherapeuten die kozen om geen sessies online te laten doorgaan. Ook hun mening is belangrijk in discussies over de waardigheid van videobellen als alternatief.

(6) Is het plan voor de sampling praktisch haalbaar?

De onderzoeker maakte twee overwegingen inzake de praktische haalbaarheid van de steekproef sampling. Als eerste koos de onderzoeker voor psychologen in en rond Gent om het geografisch haalbaar te houden. Dit werd echter uitgebreid door een aantal interviews online door te laten gaan. (Bij sommigen was het ook aangewezen om online af te spreken, wegens de COVID-19 toestand op dat moment). Daarnaast werd gekozen voor een steekproef van negen participanten. De onderzoeker heeft een beperkte tijd om de masterproef te schrijven, waardoor meer participanten niet haalbaar zouden zijn. De keuze voor een kleinere steekproef is echter ook een keuze gebonden aan het doel van het onderzoek. Kwalitatief onderzoek richt zich op een dieper begrip en niet op statistische generaliseerbaarheid, waardoor het gebruik van een kleinere steekproef verantwoord is.

Bijlage 3: Interview guide

De 5 onderdelen dienen aan bod te komen. Het is gepland alle vragen te stellen, tenzij het antwoord aan bod kwam bij een andere vraag. Verder zijn er extra vragen voorzien, die enkel gesteld zullen worden als de vorige vraag niet voldoende of niet de relevante/gewenste informatie opleverde.

Extra prompts/probes die gebruikt kunnen worden: ‘Wat bedoelt u met “...”?’’, ‘Kan u mij daar wat meer over vertellen?’ ‘Waarom vindt u dat zo?’ ‘Ik begrijp niet zo goed wat u bedoelt, kan u nog wat meer uitleg geven?’. Ook de besproken materie samenvatten voor de participant, kan gebruikt worden als prompt.

1. Hoe hebt u de overschakeling naar videobellen beleefd?
 - 1.1. Waarom hebt u gekozen om (ooit) sessies via videobellen te laten doorgaan?
Extra: Hoe stond u initieel (voor de eerste sessies) tegenover het geven van therapie via videobellen?
 - 1.2. Hoe hebt u zich voorbereid op het voeren van sessies via videobellen?
Extra: Hoe verliep deze voorbereiding?
 - 1.3. Indien men in team werkt: Welke rol speelde uw team bij de overgang?
2. Hoe ziet therapie via videobellen eruit bij u? (Hoe ziet een sessie eruit?)
Extra vraag: Hoe pakt u therapie via videobellen aan?
 - 2.1. Vanuit welke omgeving heeft u de online therapie georganiseerd?
Extra: Was er verschil tussen online therapie vanuit thuisomgeving en vanuit praktijk?
Extra: Welke rol speelde uw omgeving in het therapieproces?
 - 2.2. Hoe verloopt de betaling van online sessies?
3. Hoe beleeft u therapie via videobellen?
 - 3.1. Persoonlijke beleving: Wat vindt je fijn/niet fijn aan therapie via videobellen?
Extra: Hoe beleeft u uw eigen ‘kunnen’ tijdens online sessies?
Extra: Hoe beleeft u uw authenticiteit tijdens online sessies?
Extra: Hoe beleeft u afleiding bij u of uw patiënten/cliënten tijdens de online sessies?
 - 3.2. Hoe ervaart u het uitvoeren van specifieke(re) interventies via videobellen?
 - ↳ Extra: stromingsgebonden interventies?
 - ↳ Extra: algemene (niet-stromingsgebonden) interventies?
 - 3.3. Hoe denkt u dat uw cliënten/patiënten psychotherapie via videobellen beleven?

- 3.4. Hoe ervaart u de therapeutische relatie via videobellen?
4. Hoe staat u tegenover therapie via videobellen?
 - 4.1. Hoe vindt u dat sessies via videobellen zich verhouden t.o.v. face-to-face sessies?
 - 4.2. Wat vindt u de voor- en nadelen van therapie via videobellen?
Extra: Wat vindt u wel/niet waardevol aan het videobellen-formaat?
5. Welke plaats vindt u dat videobellen kan of moet hebben in het psychotherapie landschap?
 - 5.1. Tijdens een dergelijke situatie als de coronacrisis?
 - 5.2. Buiten een dergelijke situatie?
6. Wenst u nog iets toe te voegen?

Afsluiten van het interview:

Bedankt voor deelname.

Wenst u de uitgeschreven versie van uw interview opgestuurd te krijgen om hieraan nog wijzigingen en/of toevoegingen te kunnen doen?

Wenst u graag op de hoogte te blijven van de resultaten van dit onderzoek?

Hebt u verder nog vragen/bemerkingen?

Einde interview

Bijlage 4: bespreking over hoe de ideeën van de onderzoeker veranderd zijn

Tijdens de interviews heb ik veel inzichten opgedaan via de reflecties van de therapeuten. Zo heb ik beseft dat er zowel meer beperkingen als voordelen zijn, dan die ik eerst zag. Een voorbeeld van zo'n beperking is dat men niet samen naar iets kan kijken. Een voorbeeld van een voordeel is dat mensen uit het buitenland zo ook wel een therapeut die hun moedertaal spreekt kunnen bereiken. Er is vooral een uitbreiding geweest van mijn reflecties inzake online therapie. Zo had ik nog niet nagedacht over het beperkte blikveld en de beperkte bewegingsruimte. Persoonlijk blijf ik een voorkeur hebben voor face-to-face therapie, maar ik zie nu ook nieuwe mogelijkheden die het medium biedt.