

Valkuilen bij het behandelen via beeldbellen

In dit artikel gaan de auteurs in op beeldbellen en de gevolgen ervan voor het behandelkader, zowel in de individuele behandelingen als in de groepsbehandelingen. Omdat onderzoeksliteratuur over dit onderwerp beperkt is, doen zij dit aan de hand van diverse klinische vignetten en een persoonlijke reflectie. De aanleiding voor de overstap van Mila Remijnsen naar dit medium was dat ze naar Berlijn verhuisde en haar vak wilde kunnen blijven uitoefenen. Sinds 2019 ziet ze haar cliënten uit Nederland uitsluitend via beeldbellen. Sanne Rosema raakte door de pandemie vertrouwd met behandelen via beeldbellen.

Door Mila Remijnsen en
Sanne Rosema

Ruim voor de huidige coronapandemie was behandelen via beeldbellen al een plek aan het veroveren binnen de ggz. In het afgelopen jaar is deze manier van behandelen in een stroomversnelling gekomen. Om begrijpelijke redenen werd er in deze periode pragmatisch ingestoken; beter een ander behandelcontact dan geen behandelcontact. Hierbij viel op dat de berichtgeving over behandelen via beeldbellen in de media vaak eenzijdig was. Dit kwam bijvoorbeeld naar voren in nieuwsberichten met koppen als *Behandelaars en patiënten GGZ zien digitale zorg wél zitten* (Cooper, 2020) en *'Beeldbellen werkt voor geen meter'* (Arts, 2020). Daarnaast werd bij verschillende ggz-instellingen al tijdens de coronacrisis de keuze gemaakt om ook in de toekomst behandelaars vanuit huis te laten werken via beeldbellen. Op die manier wordt er een besparing doorgevoerd op het vlak van overheadkosten.

Het behandelkader

Aan de hand van enkele klinische vignetten gaan we in op situaties waarbij behandelen via beeldbellen van invloed is op het behandelkader. Wat betreft digitale innovaties in het algemeen zijn wij geen uitgesproken voor- of tegenstanders. Technologische vernieuwing an sich creëert geen proble-

men, wel komt de binnenwereld van de cliënt geregeld op een andere manier naar voren. Het is een valkuil om onvoldoende aandacht te hebben voor de gevolgen van dit medium voor het behandelkader. De totstandkoming van een behandelkader vindt bij de start van een behandeltraject plaats. Het kader omvat afhankelijk van de aard van de behandeling onder meer afspraken over de frequentie van de sessies, de duur ervan, de behandelmethodiek en de rol van de therapeut. Het behandelkader heeft een begrenzen functie en zorgt voor veiligheid, zowel voor cliënt als voor de therapeut. Het beeldbellen beïnvloedt het behandelkader. Zo is er bijvoorbeeld minder non-verbale informatie beschikbaar doordat de voeten, benen en regelmatig ook de romp niet of niet volledig in beeld zijn. De cliënt krijgt er ook een aantal verantwoordelijkheden bij, bijvoorbeeld voorzien in

Omdat ze nergens rustig kan beeldbellen, doet ze dit vanuit haar auto

een passende behandelruimte, in apparatuur en een goede internetverbinding. Cliënten met een hoge sociaaleconomische status (SES) kunnen dit over het algemeen makkelijker realiseren dan cliënten met een lage SES.

Geen passende behandelruimte

Ina is een jonge alleenstaande moeder die bij een kennis inwoont. Er is sprake van forse psychosociale problematiek. Omdat ze geen rustige ruimte heeft waar ze kan beeldbellen, doet ze dit vanuit haar auto. Zichtbaar voor

haar burens en onbekenden, wil ze in gesprek over ingrijpende ervaringen die ze heeft beleefd. Wanneer ik zeg dat de locatie die ze heeft uitgezocht in mijn beleving weinig privacy geeft en mogelijk ook het effect heeft dat ze haar gevoelens niet vrij kan uiten, reageert ze verbaasd. Het gebrek aan zelfzorg en grenzen en haar psychosociale problemen komen door haar keuze in beeld. Door te praten over de feitelijke ruimte waar ze zit en aan te geven dat ik op deze manier geen behandelgesprekken wil voeren, komt de beschermende functie van het behandelkader aan bod.

Beeldbellen als afweer

Saskia is een hoogopgeleide jonge vrouw met vermijdende problematiek. Bij de start van de behandeling doen we de technische check. Ik vind de kwaliteit van het beeld en geluid prima. Zij vraagt zich meermaals hardop af of de kwaliteit van de verbinding goed genoeg is. Enerzijds komt hierdoor naar voren hoe ze kan twijfelen, anderzijds is mijn hypothese dat ze zo verwoordt dat ze zich zorgen maakt over de therapeutische relatie. Wanneer we eenmaal van start gaan met het behandeltraject, geeft cliënte desgevraagd aan dat ze twijfels heeft over haar keuze voor het medium beeldbellen. Gaandeweg blijkt dat ze mede vanuit haar vermindering gekozen heeft voor een behandelkader waarbij fysieke afstand tussen haar en mij een gegeven is. Het praten over het medium neemt een belangrijke plek in.

De holding environment en beeldbellen

Anna is in haar jeugd verwaarloosd. Ze werd als kind op allerlei vlakken niet opgemerkt. Tijdens het traject vindt een imaginatieoefening plaats waarbij ze als volwassene een ouderfiguur confronteert met haar onvervulde

behoefden. We merken dat ze er weinig bij voelt. Wanneer ik vervolgens navraag wat ze tijdens het gesprek in contact met mij ervaart, zegt ze dat ze het gevoel heeft dat ik op afstand ben. Ze verwoordt vervolgens dat ze ernaar verlangt mij bij haar in de kamer te

Samen een stilte proeven is online anders

hebben als steun. Ze zegt het niet in haar eentje te kunnen. In het hier-en-nu confronteert ze mij assertief met haar onvervulde behoefte in contact met mij. Deze sessie is een kantelmoment in haar traject en komt de therapeutische relatie ten goede.

Een gebrekkige objectconstantie

Cindy heeft low-level borderline-problematiek. Ze heeft moeite om innerlijk een stabiel beeld van de ander vast te houden en een sterk verlangen naar zorg en steun. In de behandeling valt op dat ze haar wekelijkse afspraak vaak (op tijd) afzegt en wil verschuiven. Ze vraagt dan naar een afspraak in de avonduren of in het weekend. Wanneer ik nogmaals uitleg dat ik uitsluitend tijdens kantoortijden werk, wordt ze boos. Ze zegt dat ze vanwege het online karakter van de behandeling verwacht dat ik flexibel ben op het vlak van het plannen van afspraken. Ik heb geregeld de fantasie dat ze zich, doordat ze me enkel op scherm ziet, niet realiseert dat ik een echt persoon ben met een gezinsleven en vrije tijd. De online wereld waarin ze een groot deel van haar tijd doorbrengt is een wereld die 24 uren per dag beschikbaar is. Uiteindelijk wordt het traject in overleg gestaakt nadat we gezamenlijk vaststellen dat er weinig proces

zichtbaar is. Ik laat de verwijzer weten dat een behandeling via beeldbellen niet goed lijkt aan te sluiten bij de problematiek van Cindy.

Deze vignetten laten zien dat het medium beeldbellen het behandelkader op fundamentele wijze beïnvloedt. Dit betekent echter niet per se dat de kwaliteit van een behandeling altijd in negatieve zin wordt aangetast. Toch is het een kunstfout om de invloed van het medium op de therapeutische relatie binnen een behandeltraject niet als thema bespreekbaar te maken. Als behandelaar dienen we cliënten soms ook te vertellen dat bij hun specifieke problematiek beeldbellen niet handig is.

Cruciale informatie, zoals non-verbale informatie, is namelijk niet meer op dezelfde wijze voorhanden. Dit doet zich bijvoorbeeld voor op het vlak van oogcontact. Via beeldbellen is er namelijk geen direct oogcontact, doordat men niet recht naar de camera kijkt maar naar het gezicht van de ander op het scherm. Daarbij komt dat je relatief recht tegenover elkaar zit en elkaar veel directer aankijkt dan in een kamer gebruikelijk zou zijn. Het gevolg hiervan is onder meer dat stiltes tijdens een beeldbelgesprek relatief korter zijn. Samen je blik ergens op laten rusten of samen een stilte proeven, vindt niet op dezelfde wijze plaats. Het vertragen van het proces binnen een sessie verloopt face-to-face dan ook makkelijker.

Groepen

Bovenstaande vignetten gaan over individuele behandelingen. Deze en andere processen manifesteren zich uiteraard ook in behandelgroepen via beeldbellen.

Wanneer informatieoverdracht een centrale

plek inneemt – bijvoorbeeld bij een psycho-educatiegroep of bij een webinar – kan een bijeenkomst vaak prima via beeldbellen plaatsvinden. Maar wat groepen uniek maakt, is juist de groepsdynamiek. En deze floreert vaak niet via beeldbellen.

Generaliseerbaarheid

Jan is als kind verwaarloosd en werd op achtjarige leeftijd in een tehuis geplaatst. Hij heeft al vroeg besloten het alleen te moeten doen in het leven en is onthecht van zichzelf en anderen. In de groep, die eerst twee maanden face-to-face plaatsvindt, is dit zichtbaar doordat hij weinig contact maakt met anderen en alleen op uitnodiging iets deelt. Wanneer de groep vanwege de eerste coronagolf via beeldbellen plaatsvindt, valt op dat hij bij de eerste sessie meer deelt dan hij in de twee maanden daarvoor face-to-face gedaan heeft. Zijn eigen woonkamer en de afstand die het beeldscherm creëert, lijken hem genoeg veiligheid te geven om meer van zichzelf te laten zien in het contact met zijn groepsleden. Hij is actiever aanwezig en lijkt zich meer te verbinden met de groep. Wanneer de groep na de eerste coronagolf weer face-to-face plaatsvindt, is hij nog één keer aanwezig. Hij meldt zich daarna af, komt een keer niet opdagen en laat dan telefonisch weten dat hij vanwege een nieuwe baan de groep wil verlaten. Hij neemt geen afscheid. De vraag blijft bestaan of Jan zich tijdens de sessies via beeldbellen daadwerkelijk meer is gaan verbinden met de groep. De beweging die via beeldbellen zichtbaar werd, generaliseerde niet naar het face-to-facecontact.

Techniek en de blik

De schematherapiegroep, met zowel een ongestructureerd groeps gesprek als een

gestructureerd deel met schematherapie-oefeningen, vindt vanwege de eerste coronagolf via beeldbellen plaats. Twee deelnemers hebben niet de beschikking over een laptop en nemen deel met hun telefoon. Omdat het scherm van een mobiel simpelweg te klein is voor een hele groep, zien zij alleen degene die aan het woord is. De anderen die met hun laptop deelnemen zien wel de hele groep. Alle aanwezigen proberen niet door elkaar heen te praten omdat het geluid van de ander dan wegvalt. Een aantal belangrijke groepsprocessen zijn via beeldbellen afwezig: wie kijkt naar wie als hij praat? En wie kijkt de ander dan juist niet in de ogen? Wie lacht naar wie? Wie gaat er in de pauze bij wie staan? Wie probeert met oogcontact de aandacht van de therapeut te vragen?

Dit gemis wordt pas echt duidelijk als de groep na de eerste golf weer face-to-face bijeenkomt. Shanti, een Nederlands-Surinaamse sociaal angstige vrouw, laat zo'n zes weken nadat de groep weer face-to-face plaatsvindt weten dat zij zich gediscrimineerd en buitengesloten voelt in de groep. Dit baseert zij op het gedrag van een paar groepsleden, die elkaar vaak aankijken wanneer zij iets vertellen in de groep en veel naar elkaar lachen. Dit lijkt inderdaad te gebeuren in de groep, maar lijkt meer een gevolg van de manier waarop zij zich onzichtbaar maakt in de face-to-facegroep, dan dat het haar angstige gedachten bevestigt. Dit is een cruciaal moment in haar therapieproces.

Lijf niet in beeld

Jonathan stroomt in de groep in wanneer deze vanwege de eerste coronagolf via beeldbellen plaatsvindt. De meeste andere groepsleden kennen elkaar al van de face-to-facebijeenkomsten. Jonathan doet mee, vertelt soms op

uitnodiging iets uit zichzelf en er lijkt een voorzichtige groei in de cohesie van de nieuwe groep zichtbaar. Dan gaat de groep weer face-to-face. Pas dan blijkt Jonathan te zwaarlijvig om goed te kunnen zitten op de stoelen die in de groepsruimte staan. Zichtbaar is dat hij niet tegen de rugleuning kan zitten omdat hij niet in de stoel past. Om die reden wordt besloten een andere stoel, zonder leuningen, voor hem klaar te zetten. Jonathan wordt stiller en gaat zich nog meer richten op de inbreng van andere groepsleden. Pas daarna komt in de behandeling naar voren hoezeer hij zich schaamt voor zijn lijf en hoe sterk dit van invloed is op zijn vermijding in het contact met anderen. Dit stuk van zijn dynamiek bleef via beeldbellen volledig achterwege.

Afgaande op onze ervaring is bij beeldbellen in een groep ook cohesievorming zichtbaar. Echter, wanneer de taak van een groep is om gebruik te maken van de onderlinge vrije interactie, neemt beeldbellen veel belangrijke groepsprocessen weg. Veel non-verbale communicatie is niet zichtbaar en er komt niet naar voren hoe iemand zich in een driedimensionale ruimte beweegt en verhoudt in het contact met anderen. Wie gaat naast wie zitten, wie kijkt wie aan, wie loopt met wie mee als het pauze is; het zijn enkele voorbeelden van informatie die niet gebruikt kan worden in de vrije interactie van een online psychotherapiegroep.

Conclusie

In de behandeling gaat het vaak niet over wat er verbaal precies wordt gezegd. Sterker nog, het is een valkuil om al te zeer gericht te zijn op de verbale communicatie. Het lichaam speelt een belangrijke en soms

een cruciale rol, bijvoorbeeld bij problematiek die zijn wortels vroeg in de ontwikkeling heeft. Het lichaam is tijdens beeldbellen helaas grotendeels uit beeld. Bovendien komt de binnenwereld van de cliënt op een andere wijze tot uiting wanneer een behandeling via beeldbellen plaatsvindt. De afweging of behandelen via beeldbellen al dan niet raadzaam is bij een specifieke casus, dient mee te worden genomen bij

Ondersteunt de NVGP online groepen ondanks het kwaliteitsverlies ook op de lange termijn?

de indicatiestelling. Meer onderzoek naar welke doelgroep meer en welke minder baat heeft bij deze innovatie is nodig.

Op basis van onze klinische ervaring is het medium beeldbellen niet geschikt voor onder meer crisisgevoelige cliënten en cliënten die ernstige problemen hebben op het vlak van het vermogen innerlijk een stabiel beeld van de ander vast te houden. Daarbij is er ook nog de praktische vraag of iemand een passende behandelruimte, apparatuur om te beeldbellen en een goede internetverbinding kan realiseren. Bij mensen met een lage SES of met een gezin met jonge kinderen is dit geregeld niet het geval. Het feit dat er bij beeldbellen minder non-verbale informatie van de patiënt beschikbaar is, beperkt de behandelinterventies. De valkuil is dat behandelingen een rationele, coachende saus krijgen doordat de nadruk komt te liggen op de verbale communicatie.

Marc Daemen schrijft in het decembernummer van *Groepen* (2020) dat de huidige fase een momentum biedt voor innovatie. Vlak daarna vermeldt hij de wensen van de zorgverzekeraars in Nederland, namelijk meer eHealth en e-groepstherapie. De flexibiliteit die in tijden van een pandemie naar voren komt en gewenst is, betekent echter niet dat een groepsbehandeling idealiter via beeldbellen plaatsvindt. Volgens Yalom en Leszcz (2005) is de groep een sociale microkosmos. Als microkosmos komt de face-to-face groepsvariant toch het meest in de buurt van de omgang in het alledaagse leven binnen een gezin – de primaire groep waar pathologie vaak zijn wortels heeft – waarin we toch vooral afgaan op iemands non-verbale communicatie. Lemma (2011) omschrijft in haar inspirerende boek *The digital age on the couch* dat een behandeling via het medium beeldbellen laten plaatsvinden geen kleine maar een fundamentele aanpassing is van het therapeutische proces en van de therapeutische omgeving. Ze schrijft dat dit medium meer geschikt is voor CGT-gebaseerde therapie dan voor therapie waarbij affect en relatie centraal staan.

Literatuur

Arts, J. (2020, 12 juni). Behandelaars en patiënten zien digitale zorg wél zitten. *ICT & Health*. Geraadpleegd op <https://www.icthealth.nl/blog/behandelaars-en-patienten-ggz-zien-digitale-zorg-wel-zitten/>

Cooper, L. (2020, 15 juni). GGZ-patiënten: 'Beeldbellen werkt voor geen meter'. *NU.nl* Geraadpleegd op <https://www.nu.nl/nujij/6057564/ggz-patienten-beeldbellen-werkt-voor-geen-meter.html>

Daemen, M. (2020). De groep in tijden van corona. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(4), p. 4-12.

Lemma, A. (2011). *The digital age on the couch: Psychoanalytic practice and new media*. London & New York: Routledge.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

De afgelopen tijd werd er pragmatisch en constructief gezocht naar manieren om behandelgesprekken, groepsbehandelingen, onderwijsgroepen en teamvergaderingen via beeldbellen door te kunnen laten gaan. Tips en ervaringen werden uitgewisseld. Ondertussen zijn we meer dan een jaar verder en is het tijd om een stap terug te doen, te evalueren en naar de lange termijn te kijken. Ondersteunt de NVGP groepen die via beeldbellen plaatsvinden – ondanks het kwaliteitsverlies dat in veel gevallen aanwezig lijkt – ook op de lange termijn? Zonder terughoudendheid meebewegen in deze richting vinden de auteurs getuigen van een gebrek aan reflectie over het therapeutisch kader.

Mila Remijns is psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP en gz-psycholoog. Ze is op zelfstandige basis werkzaam bij GGZ Noord-Holland-Noord en in Praktijk Willemspark. Daarnaast is ze docent bij de Parnassia Groep Academie.

Sanne Rosema is psychotherapeut, gz-psycholoog en in opleiding tot specialistisch groepstherapeut NVGP. Zij werkt in haar eigen praktijk en als docent bij de RINO Utrecht en bij Forta Opleidingen. Tot januari 2021 werkte zij daarnaast bij een ggz-instelling in Den Haag.