

Van volle aanwezigheid bij face to face tot alleen het aangezicht bij beeldbellen

Guido Machielsen, Chuck van de Vlasakker, Inge de Kerf, Paul Soons

Inleiding

We vallen met de semantische deur in huis. Het begrip ‘face to face’ is gangbaar in de betekenis van fysieke nabijheid in een regulier contact. De moderne online communicatie is bij uitstek beperkt tot face-to-facecontact in de letterlijke zin des woords: we zien immers enkel elkaars gezicht groot in beeld. Face to face heeft een andere betekenis gekregen dan oorspronkelijk bedoeld is. Oorspronkelijk was het: of telefoneren met de patiënt, of ‘face to face’. In deze Forumbijdrage gebruiken ook wij de uitdrukking ‘face to face’ in de gangbare betekenis. Wij nodigen u als lezer uit om een voorstel te doen voor een betere en Nederlandstalige omschrijving van face-to-facecontact bij beeldbellen. Wat zou een betere omschrijving zijn dan ‘face to face’?

Noodgedwongen zijn behandelaars een jaar geleden abrupt en massaal gaan beeldbellen met hun patiënten. Dat was voor de meesten geen blijde keuze. Sommige collega’s hadden het gevoel een leeuw in de ogen te kijken. Desondanks was de snelheid waarmee werd aangepast ongekend. Behandelaars hebben zich in beeldbellen bekwaamd via talloze webinars. Het werken met patiënten is veranderd. In deze bijdrage reduceren we online werken tot

Guido Machielsen is werkzaam als klinisch psycholoog en psychotherapeut bij PHI Eindhoven, hoofddocent GZ-opleiding V&O Rotterdam en psychotherapeut in eigen praktijk.

E-mail ■ g.machielsen@hetnet.nl

Chuck van de Vlasakker is werkzaam als (vrijgevestigd) neuroloog (o.a. voor Centrum voor Consultatie en Expertise en voor Valeo Kliniek), als docent neurologie (o.a. aan de Universiteit van Lilongwe, Malawi) en als directeur VEGGER.

Inge de Kerf is gz-psycholoog en regiebehandelaar bij PHI Eindhoven.

Dr. Paul Soons is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij GGZ groep Eindhoven en in eigen praktijk voor coaching en supervisie.

beeldbellen en denken wij hierbij vooral aan individuele psychologische behandeling. De coronacrisis brengt met zich mee dat vanzelfsprekende gewoonten en gebruiken momenteel onder een vergrootglas liggen. Face to face behandelen zijn we gewend, beeldbellen is een contrastervaring en we zijn geneigd het af te zetten tegen datgene waarmee we vertrouwd zijn. Reflecteren over beeldbellen betekent automatisch: reflecteren over face-to-facecontact.

In deze Forumbijdrage vatten we samen wat onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd. Volgens werken we beknopt zes aandachtsgebieden uit waar volgens ons niet aan voorbij mag worden gegaan als het gaat om beeldbellen: communicatie; vermoeidheid; aanraking; interactie, dynamiek en beweging; het ritueel in therapie; en gezamenlijke besluitvorming. Ten slotte volgt een aantal reflecties en discussiepunten, deels op grond van het uitwisselen van ervaringen tussen de auteurs. Op deze manier beogen wij een bijdrage te leveren aan bewustwording en reflectie over het onderwerp.

Wat heeft onderzoek tot nu toe opgeleverd?

Therapie via beeldbellen bestaat – in beperkte vorm – al sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw (Shore, 2013) en er is al redelijk wat onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.

In deze paragraaf pogen wij een impressie te geven van relevante literatuur die we tijdens een korte research vonden, zowel op de website van Psyflix als op PubMed. Psyflix is een videoplatforum voor bijscholing van behandelaars in de ggz. Psyflix promoot het online behandelen van cliënten en geeft het volgende advies aan ggz-behandelaars: “Weet dat wat je doet bewezen is – en maak dit ook duidelijk aan je patiënt.” Op de website worden twee artikelen genoemd die zouden aantonen dat online behandelen vergelijkbare resultaten heeft als face-to-facecontact. Het eerste artikel is van Shore (2013). Dit gaat echter enkel over telepsychiatrie (live interactive videoconferencing met een psychiater) en niet over psychotherapie. In dit artikel worden enkele aandachtspunten en praktische oplossingen hiervoor genoemd. Er lijkt te worden geconcludeerd dat deze vorm van zorg vergelijkbare resultaten oplevert als face-to-facebehandeling, maar hier wordt onvoldoende wetenschappelijke evidentie voor genoemd.

Het tweede artikel is van Simpson en Reid (2014). Dit is een review over de therapeutische relatie bij voornamelijk cognitief-gedragstherapeutische behandelingen via beeldbellen. De therapeutische relatie is immers een zeer belangrijke factor in het slagen van een behandeling en een veelgehoord bezwaar tegen beeldbellen is dat het de therapeutische relatie negatief zou beïnvloeden. De conclusie alhier is dat cliënten de therapeutische relatie bij beeldbellen niet anders ervaren dan bij face-to-facecontact. Ook therapeuten zouden de therapeutische relatie als goed ervaren, maar pas later in de behandeling dan hun cliënten. Daarnaast haalt de review een studie aan waarin duidelijk wordt dat eventuele vooroordelen van therapeuten omtrent beeldbellen hun beleving van de therapeutische relatie negatief kunnen beïnvloeden.

Twee andere auteurs zijn echter minder positief over beeldbellen. In haar boek over psychoanalytische psychotherapie via beeldbellen (2018) schrijft Isaacs Russell "I discovered that because screen relations eliminate co-represent bodies, they limit the psychoanalytic process to 'states of mind', rather than 'states of being'". Oftewel: via beeldbellen wordt het proces meer cognitief in plaats van ervaringsgericht.

Brahnam (2014) schrijft over het belang van 'therapeutic presence' en geeft eveneens een overzicht van diverse onderzoeken naar beeldbellen. Ze waarschuwt ervoor dat in veel onderzoeken het concept therapeutische relatie op unidimensionele wijze is onderzocht, waarbij voorbij wordt gegaan aan andere aspecten dan cliënttevredenheid. Haar conclusie is dat de therapeutische relatie op negatieve wijze wordt beïnvloed bij beeldbellen door enerzijds de afwezigheid van het lichaam en anderzijds de aanwezigheid van technische aspecten als een soort derde partij in de sessie.

De volgende publicaties betreffen de ervaringen van psychologen met online behandelen. In het eerste artikel (Kamp, Machielsen & Van Os, 2020) wordt naar aanleiding van een enquête onder bijna zeshonderd behandelaren geconcludeerd dat er nog veel te ontdekken valt omtrent de werkzaamheid ervan, evenals inzake de tevredenheid van zowel patiënt als behandelaar. Bovendien wordt beschreven dat de gemiddelde cliënt niet bestaat en dat het dus altijd maatwerk zal zijn. In het artikel van Feijt en anderen (2020) wordt verslag gedaan van een enquête onder 51 gezondheidsprofessionals betreffende online psychologische behandeling. Er worden negatieve ervaringen gerapporteerd, zoals onvoldoende technologische infrastructuur, gebrek aan face-to-facecommunicatie en het gemis samen oefeningen te kunnen doen, zoals een rollenspel. Ook is videobehandeling vermoeiender voor veel behandelaren en wordt het minder geschikt bevonden voor ernstige problematiek en gezinsbehandeling. Er worden echter ook positieve zaken genoemd: het gemak (onder andere geen reistijd) en sessies zijn korter en efficiënter. Daarnaast rapporteren veel behandelaren dat het goed werkt en dat cliënten tevreden zijn.

Irvine en anderen (2020) onderzochten of er interactionele verschillen zijn tussen psychologische therapie (voornamelijk cgt) per telefoon of face to face. In hun review beschrijven ze dat er geen bewijs wordt gevonden dat behandeling per telefoon een negatief effect had op de interactionele aspecten (therapeutische relatie, onthulling, empathie, attentie, participatie).

In een artikel van Tullio en anderen (2020) wordt beschreven hoe de overstap naar beeldbellen in Italië diverse praktische, inhoudelijke en ethische kwesties aan het licht bracht. Online behandeling wordt door de auteurs gezien als een alternatief voor wanneer het niet anders kan, zoals ten tijde van de covid-19-pandemie.

Samenvattend lijken diverse studies aan te tonen dat online behandelen even effectief is als face to face behandelen en dat veel vooroordelen (bijvoorbeeld over de therapeutische relatie) onterecht zijn. Opvallend is dat met name therapeuten (en in mindere mate cliënten) veel beren op de weg zien. Het is de vraag of hier sprake is van weerstand en moeten wenen aan nieuwigheid, of dat de zorgen terecht zijn. Veel studies kennen namelijk tekortkomingen. Er zijn talloze verschillende uitkomstmaten en evenzoveel vormen van therapie. Het valt op dat bijna alle studies zich richten op cgt-behandelingen. Juist studies die kijken naar psychotherapeutische behandelingen waarin de therapeutische relatie centraal staat, zien flinke tekortkomingen. Daarnaast speelt in diverse onderzoeken de 'therapeut-dicht-

heid' mogelijk een rol; wie ver moet reizen voor therapie is wellicht sneller tevreden met online therapie. In Australië en de Verenigde Staten (waar veel onderzoeken gedaan zijn) is dit meer van toepassing dan in het dichtbevolkte Nederland. Kortom: de wetenschap is er nog niet uit!

Punten van aandacht bij beeldbellen versus face to face

Hier komen enkele thema's aan bod naar aanleiding van de literatuur en persoonlijke ervaringen van de auteurs, die volgens ons belangrijk zijn om in acht te nemen waar het gaat om beeldbellen in plaats van face-to-facecontact met de cliënt.

Communicatie

Communicatie is meer dan *praten en luisteren*. Het bestaat voor negentig procent uit non-verbale communicatie: lichaamstaal en stemgeluid. Bij beeldbellen wordt veel non-verbale informatie gemist.

“Hij spreekt door te zwijgen”, schreef Plutarchus. Inderdaad communiceren mensen niet alleen door te praten, maar juist ook door de stiltes die ze laten vallen. Ook in therapie zijn stiltes vaak heel waardevol: het zijn momenten waarop men onder andere de gedachten kan ordenen, stil kan staan bij opkomende gevoelens, kan focussen op het hier en nu en de ander ruimte kan bieden om iets te zeggen. Uit talloze onderzoeken blijkt het belang van stiltes in psychotherapie (zie bijvoorbeeld Lane, Koetting & Bishop, 2002). Bij ons weten is er echter nog geen onderzoek gedaan naar stiltes in online therapie. Uit klinische ervaring blijkt dat stiltes bij beeldbellen heel anders opgevat kunnen worden dan bij face-to-face-therapie. “Ben je er nog?” is een veelgehoorde vraag van cliënten wanneer de therapeut even een stilte laat vallen. Ook omgekeerd merken wij als therapeuten dat we al snel gaan twijfelen over de kwaliteit van de technologie wanneer het te lang stil blijft aan de andere kant van de lijn. Hierdoor bestaat de kans dat het effect van de stilte verloren gaat en beide partijen stress ervaren over de verbinding in plaats van een en ander te laten bezinken. Er is angst over een vermeende (letterlijke) contactbreuk, die oproept dat beide partijen de stilte vullen om het contact weer te herstellen. Vervolgens is vaak het moment van stilte voorbij en kan het onnatuurlijk zijn om opnieuw terug te keren naar de stilte.

Daarnaast zien therapeut en patiënt van elkaar alleen het hoofd en de schouders. Oneindig veel signalen die niet vanuit het gezicht, maar vanuit het lichaam komen, worden niet waargenomen. Denk aan de houding die de ander aanneemt, de manier waarop de ander beweegt, hoe de ander gekleed is of hoe de ander met de voeten wiebelt tijdens een gesprek. Bij beeldbellen zijn gebaren soms afwezig of vervormd. Een hand die naar het beeldscherm beweegt wordt drie keer zo groot. We zien het beeldvullend gelaat van de ander, al dan niet van te dichtbij of van onderaf gefilmd. Normaliter zitten we niet zo dicht bij het gezicht

van de ander. Ook de belichting is vaak onnatuurlijk. Daar komt nog eens bij dat we ook onszelf zien tijdens het beeldbellen.

Hoewel het beeld over het algemeen scherp genoeg is, hapert het beeld altijd wel een keer en praten we allebei enkele keren op hetzelfde moment, want de stem van de ander loopt net niet synchroon met de articulatie. En nog belangrijker: er is geen oogcontact. Je bent immers niet geneigd om in dat betekenisloze zwarte puntje van de camera te kijken, terwijl je tegen het gezicht van de ander praat. We voeden kinderen op met regels als 'kijk naar me als ik tegen je praat', maar tijdens beeldbellen kun je niet vragen of de ander je wil aankijken. De visuele en auditieve informatie lopen niet synchroon en dit afstemmen is vermoeiend voor het brein.

Tevens zit er soms vertraging in het beeld en mis je nuances in stemgeluid (het klinkt holler; er zijn achtergrondgeluiden die niet samen worden beleefd). Er is geen fysieke aanraking (zie kopje 'Aanraking') en je kunt niets fysieks overhandigen of in ontvangst nemen, zoals een kopje thee of psycho-educatie op papier.

Een veelgehoorde klacht van therapeuten bij beeldbellen is dat zij de hierboven opgesomde non-verbale informatie missen. Op de TU Eindhoven wordt door Feijt en anderen (2020) onderzoek gedaan naar het toevoegen van fysiologische informatie (bio-feedback) over de patiënt in een beeldbelgesprek. Hopelijk kan deze informatie het gemis aan non-verbale cues in de toekomst gedeeltelijk compenseren.

Vermoeidheid

Een ander belangrijk concept is dat van *videoconferencing fatigue* oftewel Zoom-moeheid. Lewis en Galetta (2020) beschrijven uitvoerig hoe artsen beeldbellen kunnen inzetten bij de behandeling van diverse aandoeningen, maar in dit artikel wordt opvallend genoeg voorbijgegaan aan de impact die het heeft op de behandelaar, op de patiënt of op de interactie tussen beiden.

De vermoeidheid ontstaat wellicht door de relatieve nieuwigheid van deze vorm van contact. Maar ook na een gewenningsperiode blijft op het einde van een werkdag met veel beeldbellen de vermoeidheid toeslaan, zelfs als in technisch opzicht alles perfect in orde is en zowel jij als je gesprekspartner het communicatiemiddel perfect hanteren. Hieronder benoemen we een aantal factoren die op basis van onze eigen ervaringen en naar onze mening bijdragen aan Zoom-moeheid:

- De digitale verwerkingssnelheid loopt achter bij die van real life: lippen bewegen niet geheel synchroon met het waargenomen geluid. Normaal gesproken neem je van de spraak van je gesprekspartner niet alles waar via het auditieve systeem en weet je brein te zorgen voor nagenoeg perfecte aanvulling via het visuele systeem. We doen meer aan liplezen dan je denkt, maar dan dienen deze bewegingen wel synchroon te lopen met de klanken. Een discrepantie kost voor het brein veel inspanning, het vereist geconcentreerde aandacht, verstoort de spontane communicatie, en geeft dus op den duur in het gunstige geval vermoeidheid, en in het ongunstige geval een splitting headache of andere kwalen.

- We kunnen bij beeldbellen niet gebruikmaken van het volledige assortiment aan signalen die doorgaans als vanzelfsprekend worden beschouwd in het persoonlijke contact. Dit geldt bijvoorbeeld voor gestiek, gebarentaal en andere fysieke uitingen. Hierdoor gaan nuanceringen, ondersteuning en contradictie van het gesproken woord verloren.
- Er bestaat een neiging tot overmatig vertrouwen op een beperkt scala aan signalen dat wordt gegenereerd door enkel het kijken naar gezichten.
- De gefixeerde houding achter een camera, de noodzaak om direct voor het oog van de camera te blijven en daardoor het gebrek aan beweging zijn onnatuurlijk en sluiten niet aan bij de menselijke behoefte om zich te verplaatsen. Met enige creativiteit echter, is beweging mogelijk en kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van stoelnoefeningen.
- Het ingespannen kijken naar een vaststaand en vaak te klein beeld leidt tot een gefixeerde en sturende blik, met verminderde oogknipperbewegingen. Dit kan leiden tot stress en irritatie voor de ogen.
- Het is lastig om je zowel fysiek als mentaal te onttrekken aan het wakende oog van de camera. Het feit dat je voortdurend in beeld bent, oftewel voortdurend in de brandhaard van aandacht staat, maakt dat je continu concentratie moet opleggen bij jezelf dan wel afdwingen bij je gesprekspartner.
- Omdat je ook jezelf voortdurend in het vizier hebt, namelijk in verkleinde weergave op het scherm, kan een permanent en vermoeiend besef ontstaan van zelfbewustzijn en zelf-gewaarwording.

Nieuwe wegen zoeken in de psychotherapeutische behandeling betekent voor zowel patiënt als therapeut nieuwe neuronale verbindingen aanleggen in het brein. Het brein is daartoe het beste in staat als aan basale voorwaarden is voldaan, zoals fraai aangegeven in het model de *'Healthy Matter Platter'* (Rock e.a., 2012). Gebleken is dat gebruik van dit model bij onderwijs aan psychologen aanschouwelijk maakt dat er ook een brein ten grondslag ligt aan mentale activiteit. In geval van vermoeidheid en verminderde focus is het veel moeilijker om nieuwe verbindingen tussen verschillende hersengebieden (ook wel 'integratietoestanden' geheten) te creëren. Deze verbindingen worden feitelijk tot stand gebracht door nieuwe synaptische verbindingen van neuronen. Bij beeldbellen dreigt echter een soort dissociatieve beleving door uitputting van een overbelast brein. Deze vermoeidheid doet afbreuk aan het vermogen om neuronen te laten uitgroeien. Ze kunnen geen nieuwe synaptische verbindingen aangaan. Met andere woorden: deze vermoeidheid belemmert het lerend vermogen, het werken aan nieuwe concepten, en daarmee het vormen van een nieuw gedragsrepertoire (vrij naar Siegel, 2020).

Aanraking en het belang daarvan

Via beeldbellen is gepaste aanraking in de therapeutische relatie niet mogelijk. Denk hierbij aan het geven van een hand bij het begin en einde van een sessie of de mogelijkheid kort een hand op de schouder van de cliënt te leggen. In de huidige crisis (in meerdere

De schijf van zeven: menu voor een gezonde geest!

De neurowetenschappers David Rock en Daniel Siegel (Rock e.a., 2012) zijn voorlopers in het vertalen van wetenschappelijke uitkomsten op brein gebied naar concrete inzichten voor ons dagelijks leven. In onze drukke, hectische, met informatie gevulde en veeleisende levens is het van groot belang om goed voor ons lijf en brein te zorgen om alles bij te kunnen houden. We weten zo langzamerhand heel goed hoe we ons lijf van het goede voedsel voorzien. Hoe voeden we onze geest het beste? Hiervoor hebben Rock en Siegel het 'gezonde geest menu' (The healthy mind platter) samengesteld. Een gezonde, creatieve en productieve geest heeft volgens hen dagelijks een menu nodig dat bestaat uit zeven componenten:

Slaaptijd. Herstelt lichaam en geest en consolideert ons geheugen. We hebben gemiddeld acht uur slaap nodig, waarbij sterke individuele variaties (van vier tot twaalf uur per nacht!) aanwezig zijn. Ook korte dutjes kunnen een goed effect hebben. Tien minuten lijkt de beste lengte voor een dutje met direct positief effect op alertheid en functioneren.

Speeltijd. Het plezier door spelen stimuleert ook bepaalde gebieden in de hersenen en wordt geassocieerd met het vrijkomen van dopamine, waardoor nieuwe neuronale banen gevormd kunnen worden die van belang zijn voor creativiteit en geheugen. Bovendien is het een natuurlijke, leuke manier om te experimenteren met sociaal gedrag.

Stilstandtijd (= down-time). Een tijd van inactiviteit of iets doen zonder een vastgesteld doel. Dagdromen. Ontspannen. Uit het raam kijken. Incubatietijd. Muziek luisteren/ maken zonder doel. Wachten. Onze gedachten even 'loskoppelen' van waar we mee bezig zijn. Het lijkt 'niets doen', maar ondertussen zorgen deze momenten voor integratie van diverse elementen in onze hersenen, wat vaak nieuwe inzichten oplevert.

Reflectietijd (= time-in). Mediteren. Bewust reflecteren. Mindfulness. Een bewuste, gerichte aandacht op het innerlijke leven van onszelf in het hier en nu. Focus op accepteren wat er ook maar gebeurt en daarbij stilstaan.

Relatietijd. Sociaal contact is een basisbehoefte voor de mens. Het uitwisselen van emoties en gedachten. Positieve sociale steun. Gezien worden. Vertrouwd worden en je vertrouwd weten.

Fysieke tijd. In vele studies is aangetoond hoe fysieke activiteit een positief effect heeft op het functioneren van de hersenen, op cognitieve functies, en op de plasticiteit van het brein. De regelmaat van de fysieke activiteit is hierbij van belang.

Focustijd. Bewuste, expliciete aandacht voor één taak, die leidt tot iets afmaken of volbrengen. Dit staat tegenover multitasken.

Bron: Menu voor een gezonde geest – Lemniscaap



Figuur 1 • The Healthy Mind Platter. Bron: Rock e.a. 2012

betekenen van het woord) lijkt het sociaal meer geaccepteerd om te zeggen dat je aanraking mist. 'Huidhonger' (*longing for touch of tastdeprivatie*) is een veelgehoord woord en men lijkt direct te begrijpen wat daarmee wordt bedoeld. In haar film *Huidhonger* laat Röben (2019) zien wat de gevolgen zijn wanneer we de tast negeren.

Als embryo in de baarmoeder is de tastzin het eerste zintuig dat zich ontwikkelt (Bremner & Spence, 2017). Ongeboren baby's reageren al op aanrakingen van de buik van de moeder en pasgeboren baby's hebben direct behoefte aan huid-op-huidcontact (Anisfeld e.a., 1990). Je zou kunnen zeggen dat aanraking onze allereerste manier is van emotieregulatie (Feldman, Singer & Zagoory, 2010; Feldman e.a., 2002). Een huilende baby kan het beste worden getroost door hem op te pakken en tegen je aan te houden, gedrag dat veel nieuwe ouders automatisch laten zien (Mercuri e.a., 2019). Aanraking is dus vanaf het begin van ons leven belangrijk (Ardiel & Rankin, 2010; Cascio, Moore & McGlone, 2019) en het speelt tevens een cruciale rol in de hechting (Anisfeld e.a., 1990; Weiss e.a., 2000; Takeuchi e.a., 2010).

Aanraking is een automatisch onderdeel van ons emotionele leven, evenals van de communicatie en band die we met anderen hebben. Als dergelijk automatisch gedrag niet kan of mag worden uitgevoerd, gaan mensen dat vaak missen. Bijzonder aan de coronacrisis is dat dit gebrek aan aanraking voor alle mensen geldt. Ongeacht of je mentale en/of fysieke klachten hebt of niet, of je nu behandelaar of patiënt bent, of je een klein of groot sociaal netwerk hebt. Iedereen ervaart in meer of mindere mate een reductie in de hoeveelheid aanraking die men kan geven en ontvangen. Aan de universiteit van Utrecht (uu) is ten tijde van het schrijven van dit artikel onderzoek gaande naar het effect van sociale afstand op het welzijn van mensen (Keizer, 2021). Uit de voorlopige resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat er in de gezonde populatie een groot gemis is aan aanraken én aangeraakt worden (7,8 op een schaal van 0 tot 10).

In de tactiele biografie vragenlijst (TBIO) worden aanrakingservaringen gedurende de levensloop in kaart gebracht (Beltrán, Dijkerman & Keizer, 2020). De eerste onderzoeksresultaten suggereren dat onder andere *social distancing*-maatregelen een negatief effect hebben op het welzijn van gezonde mensen (Durkin, Jackson & Usher, 2020; Von Mohr, Kirsch & Fotopoulou, 2021). De impact van sociale afstand en gebrek aan aanraking op psychiatrische patiënten is zo mogelijk nog groter. Bij beeldbellen wordt het lichaam grotendeels buitenspel gezet. Hoe zorgen we ervoor dat aanraking een onderwerp van gesprek kan worden in de digitale spreekkamer, wanneer het lichaam dat aangeraakt wenst te worden (of juist niet) niet fysiek aanwezig is tijdens de sessie? Kunnen en mogen we van patiënten verwachten dat zij dit aanklaarten, of moeten behandelaars daar zelf een actievere rol innemen? Het lijkt ons belangrijk om te onderzoeken wat hiervan de impact is op de behandelrelatie.

Interactie, dynamiek en beweging als spiegels van de ziel

De intrinsieke aard van beeldbellen stuurt aan op een functionele benadering, een klacht- of symptoomgerichte benadering. Er is sprake van een afgebakende context, namelijk die van het zicht van de camera, van het gehoor van de microfoon, het (letterlijk) afstandelijke en daarmee onpersoonlijke karakter van de interactie en het efficiëntiegedreven gebruik van de computer (die niet in de periferie van de spreekkamer staat, maar het centrale middelpunt vormt). Dit maakt dat een groot deel van de context verloren gaat. Het draagt bij aan de neiging om elkaar letterlijk en op inhoud (oftewel 'linguïstisch') aan te spreken, om in te zoomen op details en feitelijke betekenissen, om voorbij te gaan aan de context en het levensverhaal, om de minder grijpbare aspecten van het klachtenpatroon buiten beschouwing te laten. Met andere woorden, het affect blijft buiten de 'kamer'.

Verweven in onze westerse maatschappij – gericht op efficiency, lineair en rationeel denken, met een systematische en logische aanpak, een linguïstische en gedetailleerde benoeming en met focus op het individu – is de predominantie van hersenfuncties in de linkerhemisfeer. Het beeldbellen versterkt deze tendens, ten koste van hersenfuncties in de rechterhemisfeer. Dit gaat daarmee ten koste van holistisch en conceptueel denken, een intuïtieve en creatieve aanpak, een beeldende en verhalende benoeming en een focus op gemeenschap en saamhorigheid (Vrij naar McGilchrist, 2009).

Het saamhorigheidsgevoel dat nodig is voor een verhalende en beschouwende benadering is minder aanwezig bij beeldbellen. Voor zowel therapeut als cliënt is er beperkter gelegenheid voor een aangehouden, breed georiënteerde, *open minded*, alerte en verhalende benadering tijdens het beeldbellen. In een face-to-facegesprek kun je als behandelaar nog eens door het raam naar buiten kijken of jezelf uitstrekken, waardoor de geest vrijer kan waaien en er andere associaties kunnen opkomen.

In de praktijk proberen we ons niet te laten meeslepen in deze al te functionele en op efficiency gerichte benadering. Het kan helpen hier waakzaam voor te zijn. Een van de auteurs (werkzaam als neuroloog) nodigt de patiënt vaak uit om een eigen verhaal op te schrijven

(en per e-mail toe te sturen) of om filmbeelden te (laten) maken met aandacht voor verschillende aspecten van het dagelijks leven, zowel de goede als de minder goede momenten. Met een simpel protocol lukt het bijna altijd om kwalitatief goed filmmateriaal beschikbaar te krijgen, bij voorkeur via een *handheld* mobieltje. Dan zijn ook opnamen van sport en spel mogelijk. Aan de hand hiervan is een betere interpretatie mogelijk bij patiënten met (al dan niet neurologische) bewegingsstoornissen.

Bovenstaande overdenkingen wegen minder zwaar wanneer eerder al een regulier contact (in fysieke nabijheid) is gelegd en als beeldbellen een uitwerking vormt van een reeds opgebouwde arts-patiënt-/therapeut-patiëntrelatie. Dan heb je wederzijds al veel indrukken kunnen vergaren, bewust en onbewust. Onopgemerkt en vaak nog onbesproken blijft hierbij vaak het aspect van geurwaarneming. Het is de meest indringende en meest basale waarneming (mits niet verstoord door een corona-infectie of andere mankementen). De nervus olfactorius heeft van alle zintuiglijke systemen de meest directe verbinding met het limbische systeem, waar de affectieve perceptie plaatsvindt en ook het geheugen ligt. Hierdoor kunnen bepaalde geuren gemakkelijk belevingen en herinneringen oproepen, waaronder ook de wederzijdse beleving van vertrouwdheid en vertrouwen.

Vanuit neurologisch perspectief is de mens '*hard-wired to perceive the mind of another being*'. De activiteit van de geest is een weerspiegeling van de activiteit van het brein. Zo is mentaliseren verbonden aan het geactiveerd raken van onze spiegelneuronen. Deze neuronen worden gestimuleerd door het waarnemen van een actie of een beweging van een ander en maken het mogelijk om daaruit een intentie te distilleren. Siegel (2012) beschrijft fraai "*how 'me' becomes 'we': mirror neurons and the sharing of internal states*". Het complex van spiegelneuronen kenmerkt zich door motore en perceptuele activatie en reageert specifiek op intentionele bewegingen (bewegingen met een doel). Het vuren van spiegelneuronen in de frontale en pariëtale regio's van de cortex creëert een neuronaal beeld van de mentale toestand van een ander persoon. Met andere woorden: de perceptie van voorspelbare of te verwachten bewegingen van een ander creëert een beeld van de mentale toestand van die ander. Dit beeld van de intentionele toestand van een ander wordt door het systeem van spiegelneuronen aangewend om gedragsmatige imitatie en interne simulatie bij jezelf te initiëren. Dit vormt de basis van de menselijke vaardigheid tot leren en meer nog leidt het tot wederzijds begrip. De ander in beweging zien in een dynamische setting is hiervoor een voorwaarde. En dat is meer dan de spaarzame mimiek en gestiek van iemand die bezig is met beeldbellen.

Beeldbellen geeft aanleiding tot velerlei bedenkingen vanwege de invloed op de kwaliteit van de interactie. Het succes van de therapeutische interventie hangt grotendeels af van die interactie en de werkrelatie tussen psychotherapeut en cliënt, en slechts in beperkte mate van de gekozen werkmethode. Daarnaast bestaan er onzerzijds bedenkingen vanwege de uitwerking op individueel niveau, zowel voor therapeut/arts als voor cliënt/patiënt. Denk hierbij aan onnodige uitputting van onze breincapaciteit, vooral als we daarbij de (opgelegde) illusie najagen dat we middels beeldbellen meer tijdsdruk aankunnen en efficiënter kunnen opereren. Denk ook aan het belang van het bewaren van voldoende tijd en ruimte voor alle aspecten van de 'Healthy Mind Platter', en niet alleen voor focustijd!

Rituelen in therapie

Naast alle protocollen en gestandaardiseerde interventies zijn er diverse (subtiele) 'rituelen' die bij therapie horen en die door het beeldbellen wegvallen. Zonder reistijd van en naar therapie vallen twee belangrijke momenten van bezinning weg. Pre-corona was een cliënt onderweg in gedachten bezig met de therapieessie die komen ging, en daarna met het laten bezinken van hetgeen besproken was, om zo langzaam de overgang naar het dagdagelijkse leven te maken. Bij beeldbellen valt ons op dat cliënten vaak pas op het afgesproken tijdstip hun webcam aanzetten en tot die tijd druk bezig zijn met andere (huishoudelijke) taken. Hup, van het schillen van de aardappelen naar het maken van een holistische theorie. Na de sessie wordt met één druk op de knop de verbinding verbroken en direct overgegaan op de orde van de dag. Van imaginaire exposure naar het begeleiden van kinderen bij hun huiswerk.

Daarnaast kan het bij online contact een grotere uitdaging zijn om de therapeutische relatie op te bouwen. Er is geen wandeling van de wachtkamer naar de behandelkamer, waardoor het contact-inleidende praatje over 'het weer' wegvalt. Dat is in de face-to-facesituatie tevens een goede manier om al te hoge mesencephale activering (in casu stressreacties) op een prettig peil te krijgen, oftewel om aan enige stressreductie te doen en om de cortisolspiegel te laten dalen. Ook is onduidelijk wie bij wie 'op bezoek' is en waar precies de sessie plaatsvindt: bij de cliënt thuis? Bij de therapeut? Of op een virtuele wolk? Tijdens de behandeling is er enerzijds fysieke afstand, anderzijds zijn therapeut en cliënt samen en alleen in de (virtuele) ruimte. Met alleen elkaars gezichten full-screen in beeld, lijkt het concept afstand/nabijheid verloren te gaan en kan er minder worden gespeeld met de positie in de therapiekamer.

In de livesituatie deelt de cliënt niet zelden bij het verlaten van de behandelkamer, met de deurklink in de hand, nog belangrijke informatie. Bij beeldbellen is er echter geen moment van dralen bij de deur, geen moment waarop het afscheid nog even kan worden uitgesteld. Tevens is niet langer zichtbaar hóe iemand de kamer verlaat. Met één druk op de knop zijn beide partijen offline en is niet te zien of er een zucht van verlichting wordt geslaakt, of dat iemand boos de kamer uitstormt of juist in tranen uitbarst. Ook de (fysieke) begroetingen vallen weg. Geen handdruk of een elleboog, maar een onhandig zwaaien voor de camera. Een cliënt die na een face-to-facesessie de kamer verlaat, kan zich gesteund voelen door de gedachte dat de therapeut nog aan hem denkt, wellicht hem nog nakijkt, zijn koffiekopje opruimt en het bord uitveegt. De cliënt heeft 'sporen' nagelaten in de therapiekamer en laat daarmee een herinnering achter: 'Vergeet mij niet.' Als een kind dat leert fietsen en de aanwezigheid van de ouder achter zich voelt (terwijl het voor zich uit kijkt en de wereld gaat ontdekken, gesteund door de ouder), zo kan ook een cliënt deze aanwezigheid van de therapeut voelen en hier kracht uit putten. In hoeverre is dit ook het geval bij een verbinding die zo abrupt dient te worden verbroken? In hoeverre laat een cliënt sporen na bij een online sessie, waarbij de therapeut al tijdens de sessie het zorgcontact kan typen? In hoeverre denk je als therapeut nog na over de sessie als het dossier al netjes bijgewerkt is gedurende de sessie?

Kortom, er vallen bij beeldbellen diverse rituelen weg, terwijl deze belangrijk zijn voor het slagen van de therapie (Van der Hart & Pleit-Kuiper, 1983). Wij menen daarom dat het belangrijk is om samen met cliënten te zoeken naar nieuwe therapierituelen. Gedurende de coronatijd is dit ook in andere contexten gebeurd; zo zijn er gelovigen die een thuisaltaar maken, is het concept 'raamvisite' (in plaats van kraamvisite) ontstaan en worden verjaardagen massaal middels een soort *drive-through*-systeem gevierd. We zijn benieuwd of er al nieuwe rituelen zijn ontstaan in de ggz.

Gezamenlijke besluitvorming

Tijdens de eerste lockdown, eind maart/begin april 2020, is in veel ggz-instellingen van hogerhand besloten om van het ene op het andere moment over te gaan op beeldbellen. Hierbij is voorbijgegaan aan de wensen van cliënten én van therapeuten. Er was geen sprake van een proces van *shared decision making* (SDM, oftewel gezamenlijke besluitvorming). Het principe van SDM houdt in dat de hulpverlener samen met de cliënt tot beslissingen komt over behandeldoelen, behandelplan en behandelinterventies (Kunneman e.a., 2016). Park en collega's (2016) beschrijven dat SDM geen trucje is waarbij de cliënt een aantal behandelmogelijkheden voorgeschoteld krijgt en daar een keuze uit moet maken. Integendeel, het is een proces waarbij cliënt en therapeut/arts samen vanuit de situatie van de cliënt uitgebreid stilstaan bij wat de mogelijkheden zijn en hoe deze wel of niet aansluiten bij de cliënt en diens behoeften en grenzen. Het is een middenweg tussen enerzijds het principe 'de dokter bepaalt' en anderzijds het principe 'de klant is koning', vanuit het idee dat noch de behandelaar noch de cliënt eenzijdig tot het beste besluit kan komen. Uit onderzoek blijkt SDM onder meer te leiden tot meer motivatie bij cliënten (Rose, Rosewilliam & Soundy, 2017) en snellere en betere behandelresultaten (Park e.a., 2016). Frank & Frank schrijven in het boek *Persuasion and healing* (1993, p. xv) het volgende advies: "*My position is not that technique is irrelevant to outcome. Rather, I maintain that (...) the success of all techniques depends on the patient's sense of alliance with an actual or symbolic healer. This position implies that ideally therapists should select for each patient the therapy that accords (...) with the patient's personal characteristics (...)*". Met de term 'technique' doelen zij op verschillende therapievormen, maar in de huidige tijd kan dit natuurlijk ook gelden voor de manier waarop de therapie wordt gegeven. Wat ons betreft valt deze factor ook onder SDM en hoort een cliënt ook hierin mee te beslissen.

De tweede lockdown is op het moment van schrijven van kracht en deze kent veel strengere maatregelen dan die in het voorjaar van 2020. Desondanks valt ons op dat het merendeel van de ggz-behandelingen face to face wordt aangeboden. Waar voorheen het devies was 'beeldbellen waar mogelijk, face to face waar nodig' is dit inmiddels veranderd in 'op locatie waar mogelijk, beeldbellen waar nodig'. Enkel wanneer cliënt of therapeut klachten heeft of in quarantaine zit (of wanneer een van beiden door hevige winterweer niet in staat is om naar de locatie te komen), wordt overgeschakeld op beeldbellen. Hierin lijkt een sterke behoefte aan face-to-face-behandelcontact naar voren te komen van therapeuten en cli-

enten, misschien wel ingegeven door een maatschappij waarin steeds meer gedigitaliseerd wordt en een steeds grotere behoefte aan fysiek contact ontstaat.

Het idee van SDM is dat de cliënt meer zeggenschap heeft over zijn behandeling. Niet alleen cliënten, maar ook behandelaren moeten hierin iets te zeggen en te kiezen hebben. Wat zijn drijfveren voor de therapeut? Waarbij voelen zij zich thuis? Wanneer voelen zij zich effectief? Immers, de mate van welzijn van de therapeut bepaalt mede het therapie-effect.

Kortom: *alleen samen krijgen we het behandelproces onder controle.*

Reflectie en discussie (op grond van geraadpleegde literatuur en discussies onderling)

De beleving van beeldbellen tussen behandelaar en cliënt

Tijdens de coronacrisis zijn we ons anders moeten gaan gedragen. Van de ene op de andere dag zijn we overgegaan op beeldbellen. Veel behandelaren hebben webinars gevolgd, maar de therapeutische beleving van het digitaal werken inclusief beeldbellen is een verwaarloosd onderwerp. Voor de dagelijkse praktijk van therapeuten is het een enorme verandering en roept het nog veel vragen op. Wat betekent het beeldbellen in de dagelijkse praktijk voor behandelaren en patiënten? Wat zijn de behoeften van behandelaren en patiënten? Hoe aanwezig kunnen behandelaar en patiënt zijn in de digitale interactie?

Wat betekent het voor het hanteren van de therapeutische relatie? Welke vaardigheden heeft de therapeut nodig bij beeldbellen? Want, zoals we eerder bespraken, het is deels hetzelfde (als face-to-facecontact), en tegelijkertijd heel verschillend. Op de eigen werkplek zouden tijd en ruimte moeten worden vrijgemaakt om therapeuten te trainen. Tot slot zou het ook in de vorm van intervisie terug moeten komen. Het is belangrijk je emotioneel gesteund en praktisch geholpen te voelen door collega's in het werken met beeldbellen. De indruk bestaat dat veel behandelaren nog niet helemaal 'klaar' zijn om beeldbellen en de mogelijkheden die het biedt echt te omarmen. Dat heeft voor ons tot gevolg dat we een heel nieuw stuk communicatie moeten ontwikkelen. Ook zullen nieuwe rituelen ontwikkeld moeten worden voor het beeldbellen. Er is inmiddels een zekere gewenning opgetreden – ook aan de kant van de patiënt – maar het maakt nog steeds verschil. En doordat beeldbellen vaak wordt gecombineerd met face to face heb je eigenlijk twee communicatiemodi.

Technische ontwikkelingen

Via beeldbellen heb je geen direct oogcontact en dat verandert ook iets in het gesprek. Er bestaat tegenwoordig 'eye-gaze-correction-technology': die corrigeert, waardoor het lijkt of je elkaar aankijkt. Wat doet dat met het gevoel van interactie? We moeten beeldbellen niet gelijk willen stellen aan face to face (want het is en blijft verschillend), wel kan worden gekeken hoe technologie kan compenseren voor cues die worden gemist, oftewel: beeldbellen met extra informatie daaromheen. Denk hierbij aan het meten van stress en dat teruggeven aan patiënten die bijvoorbeeld weinig zicht hebben op hun eigen spanningsniveau en

emoties. Dat vormt een technisch voordeel, waardoor de therapeut iets extra's heeft om mee te werken in de behandeling.

Wetenschappelijk onderzoek

Een deel van het onderzoek naar beeldbellen heeft plaatsgevonden ten tijde van de crisis. Het werken met patiënten tijdens de coronacrisis en daar ook zelf als mens de gevolgen van ondervinden, is een *confounding variable*. Een ander deel van het onderzoek heeft plaatsgevonden op het platteland van Australië en de vs, alwaar men grote afstanden moet overbruggen voor face-to-facehulp. Daarom moet een slag om de arm worden gehouden ten aanzien van de onderzoeksresultaten. Bovendien moeten we niet proberen om een online versie te willen maken van wat in face-to-facebehandeling gebeurt, maar kijken naar wat de unieke voordelen en wellicht meerwaarde is van online behandelen. Face-to-facebehandeling en beeldbellen vragen om een andere manier van communiceren. Als behandelaar kun je sommige oude vaardigheden niet toepassen tijdens het beeldbellen. Eigenlijk moet onderscheid worden gemaakt tussen onderzoek naar 'beeldbellen in normale omstandigheden' en 'beeldbellen in abnormale omstandigheden' (zoals nu). Daar reageren we immers verschillend op. We opteren voor het doen van objectief, genuanceerd en zorgvuldig onderzoek. Laten we de tijd nemen. Onze oproep is: durf open te staan voor niet-weten, tegenstrijdigheden, en voor het tolereren daarvan. Soms is eerst onwetendheid, verwarring, nodig en volgt daarna een nieuwe ordening. Kunnen we een open geest blijven houden?

Zoals Yalom diverse boeken heeft geschreven waarmee hij inzage gaf in zijn therapiekamer, zo zouden ook ervaringen van therapie door middel van beeldbellen en casusbeschrijvingen door therapeuten op papier gezet mogen worden. Er zijn wel anekdotes vergaard, maar dat staat niet gelijk aan gesystematiseerde observaties.

Indicaties en contra-indicaties

Grosso modo lijkt beeldbellen meer geschikt voor individuele cognitief gedragstherapeutische of daarvan afgeleide behandelingen. Voor behandelingen waarbij de therapeutische relatie, *presence* en interactie tussen therapeut en patiënt centraal staan, lijkt beeldbellen minder geschikt. Minder geschikt lijkt het ook voor traumabehandeling, relatie- en gezinstherapie, het werken met kinderen en groepstherapie. Door meer ervaring op te doen in de praktijk en door meer en relevant onderzoek te doen, kan hier meer duidelijkheid over worden verschaft.

Hoe verder

Het menselijk functioneren is enorm ingewikkeld. We kunnen de complexiteit daarvan niet negeren door te stellen dat beeldbellen gelijkgesteld kan worden aan face to face. We moeten verder onderzoek doen, verder leren begrijpen, daarbij ook accepteren dat we niet 'alles' zullen begrijpen. Je zou kunnen zeggen: er is geen volledige controle mogelijk. Er blijft altijd een stuk niet-weten over en het experiment aangaan is goed.

Wij verwachten niet – en zouden dat zeer onwenselijk vinden als het wel zo zou zijn – dat beeldbellen ‘de nieuwe manier van werken’ wordt. Wel zien wij mogelijkheden voor *blended* vormen van behandelen: er zijn situaties te bedenken waarin beeldbellen praktisch is, maar nog meer waarin face to face nodig is. Wij pleiten dan ook voor beeldbellen aanvullend op face-to-facecontacten.

Onze samenleving is in de afgelopen jaren – op allerlei terreinen (denk aan de verzorgingsrobot, datingapps) – zo snel en breed gedigitaliseerd, dat wanneer online behandelen, naast de vele andere digitale componenten van het leven geplaatst wordt, het face-to-facecontact misschien nog wel belangrijker wordt dan het al was!

Als beeldbellen met technologische ondersteuning (zoals *eye gaze-correction*) toekomt heeft, dan heeft vervanging van de therapeut door een Avatar op basis van *artificial intelligence* misschien nog meer toekomt? Terugkomend op de inleiding van dit artikel: er was eerst een heel lichaam, er is nu alleen een gezicht te zien (‘face to face’), maar straks verliezen zowel therapeut als cliënt het gezicht. Stel je voor, een zorgstelsel waarin er slechts een scan van de patiënt wordt gemaakt om de emoties van het gezicht af te lezen, zodat de zorgrobot het juiste protocol kan selecteren om hier adequaat op te reageren. Willen we hier naartoe?

LITERATUUR

- Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, *61*, 1617.
- Ardiel, E.L., & Rankin, C.H. (2010). The importance of touch in development. *Paediatrics & Child Health*, *15*, 153-156.
- Beltrán, M.I., Dijkerman, H.C., & Keizer, A. (2020). Affective touch experiences across the lifespan: Development of the Tactile Biography questionnaire and the mediating role of attachment style. *PLOS ONE*, *15*, e0241041.
- Brahnam, S. (2014). Therapeutic presence in mediated psychotherapy: the uncanny stranger in the room. *Interacting with Presence: HCI and the Sense of Presence in Computer-Mediated Environments*, 1-16.
- Bremner, A.J., & Spence, C. (2017). The development of tactile perception. *Advances in Child Development and Behavior*, 227-268.
- Cascio, C.J., Moore, D., & McGlone, F. (2019). Social touch and human development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *35*, 5-11.
- Durkin, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Touch in times of COVID-19: Touch hunger hurts. *Journal of Clinical Nursing*, *30*, e4-e5.
- Feijt, M., Kort, Y. de, Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., & IJsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *23*, 860-864.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A.I. (2002). Skin-to-skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Developmental Psychology*, *38*, 194-207.

- Feldman, R., Singer, M., & Zagoory, O. (2010). Touch attenuates infants' physiological reactivity to stress. *Developmental Science*, *13*, 271-278.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1993). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy* (third edition). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hart, O. van der, & Pleit-Kuiper, A. (1983). *Rituals in psychotherapy: Transition and continuity*. Irvington Publishers.
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C.J., e.a. (2020). Are there interactional differences between telephone and face to face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, *265*, 120-131.
- Kamp, D., Machielsen, G. & Os, J. van (2020). De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *46*, 297-308.
- Keizer, A. (2021). Persoonlijke mededeling, 24 februari 2021.
- Kunnean, M., Montori, V.M., Castaneda-Guarderas, A., & Hess, E.P. (2016). What is shared decision making? (and what it is not). *Academic Emergency Medicine*, *23*, 1320-1324.
- Lane, R.C., Koetting, M.G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *22*, 1091-1104.
- Lewis, A., & Galetta, S. (2020). Editors' note: Telemedicine in neurology: Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology update. *Neurology*, *95*, 800.1-800.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. Londen: Yale University Press.
- Mercuri, M., Stack, D.M., Trojan, S., Giusti, L., Morandi, F., Mantis, I., e.a. (2019). Mothers' and fathers' early tactile contact behaviors during triadic and dyadic parent-infant interactions immediately after birth and at 3-months postpartum: Implications for early care behaviors and intervention. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101347.
- Park, J., Goode, J., Tompkins, K.A., & Swift, J.K. (2016). Clinical errors that can occur in the treatment decision-making process in psychotherapy. *Psychotherapy*, *53*, 257-261.
- Röben, L. (2019). *Huidhonger*. 2Doc Documentaire. Online via <https://www.2doc.nl/documentaires/series/3lab/2020/januari/huidhonger.html>
- Rock, D., Siegel, D.J., Poelmans, S.A.Y. & Payne, J. (2012). The healthy mind platter. *Neuroleaderschip Journal*, *4*, 1-23.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *100*, 65-75.
- Russell, G.I. (2018). *Screen relations*. Londen: Routledge.
- Shore, J.H. (2013). Telepsychiatry: Videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 256-262.
- Siegel, D.J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (Third edition). New York: The Guilford Press.
- Simpson, S.G., & Reid, C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, *22*, 280-299.
- Takeuchi, M.S., Miyaoka, H., Tomoda, A., Suzuki, M., Liu, Q., & Kitamura, T. (2010). The effect of interpersonal touch during childhood on adult attachment and depression: A neglected area of family and developmental psychology? *Journal of Child and Family Studies*, *19*, 109-117.

- Tullio, V., Perrone, G., Bilotta, C., Lanzarone, A., & Argo, A. (2020). Psychological support and psychotherapy via digital devices in Covid-19 emergency time: Some critical issues. *Medico-Legal Journal*, *88*, 73-76.
- Von Mohr, M., Kirsch, L.P., & Fotopoulou, A. (2021). Social touch deprivation during COVID-19: effects on psychological wellbeing, tolerating isolation and craving interpersonal touch. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vkzft>.
- Weiss, S.J., Wilson, P., Hertenstein, M.J., & Campos, R. (2000). The tactile context of a mother's caregiving: implications for attachment of low birth weight infants. *Infant Behavior and Development*, *23*, 91-111.