

# PSYCHOTHERAPIE ONLINE: EIN KONZEPT DER ZUKUNFT?

Eine Veranstaltung der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Ablauf:

14.00 – 14.15 Uhr	<b>Begrüßung</b> Dipl.-Psych. Michael Krenz
14.15 – 15.00 Uhr	<b>Online-Therapie konkret: Praktisches Vorgehen</b> Dipl.-Psych. Prof. Dr. Christiane Knaevelsrud
15.00 – 15.45 Uhr	<b>E-Mental-Health: Chancen für eine sektorenübergreifende Versorgung</b> Dipl.-Psych. PD Dr. rer. soc. Stephanie Bauer
15.45 – 16.15 Uhr	<b>Kaffeepause</b>
16.15 – 17.00 Uhr	<b>Webbasierte Interventionen für Suchtkranke: Beispiele, Erfahrungen und Evaluationsberichte</b> Dipl.-Psych. Dr. H. P. Tossmann
17.00 – 17.45 Uhr	<b>Klinisch-psychologische Interventionen im Internet: Zentrale forschungs- und praxisrelevante Fragen</b> Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. habil. Christiane Eichenberg
17.45 – 18.45 Uhr	<b>Podiumsdiskussion: Chancen und Risiken digitaler Möglichkeiten für die Psychotherapie</b> Moderation: Dipl.-Psych. Eva Schweitzer-Köhn
18.45 – 19.00 Uhr	<b>Schlusswort</b> Dipl.-Psych. Michael Krenz

# Begrüßung

*Dipl.-Psych. Michael Krenz*

# Onlinetherapie konkret: Praktisches Vorgehen und Interaktionsspezifika

*Dipl.-Psych. Prof. Dr. Christiane Knaevelsrud*



## Onlinetherapie konkret: Beispiele aus der Praxis

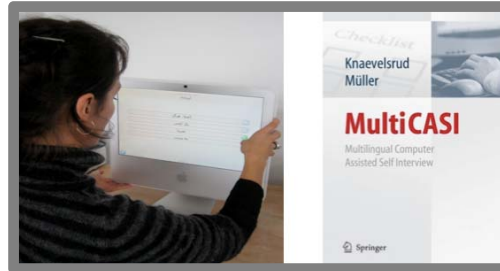
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Freie Universität Berlin  
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Berliner Psychotherapeutenkammer, 10.05.2014

# Neue Medien in der Psychotherapie

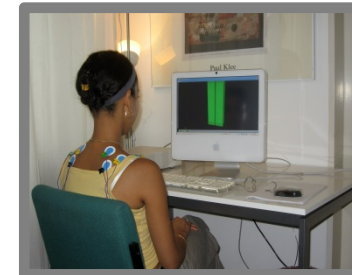
- Diagnostik



- Computer-/Internet-gestützte Selbsthilfe



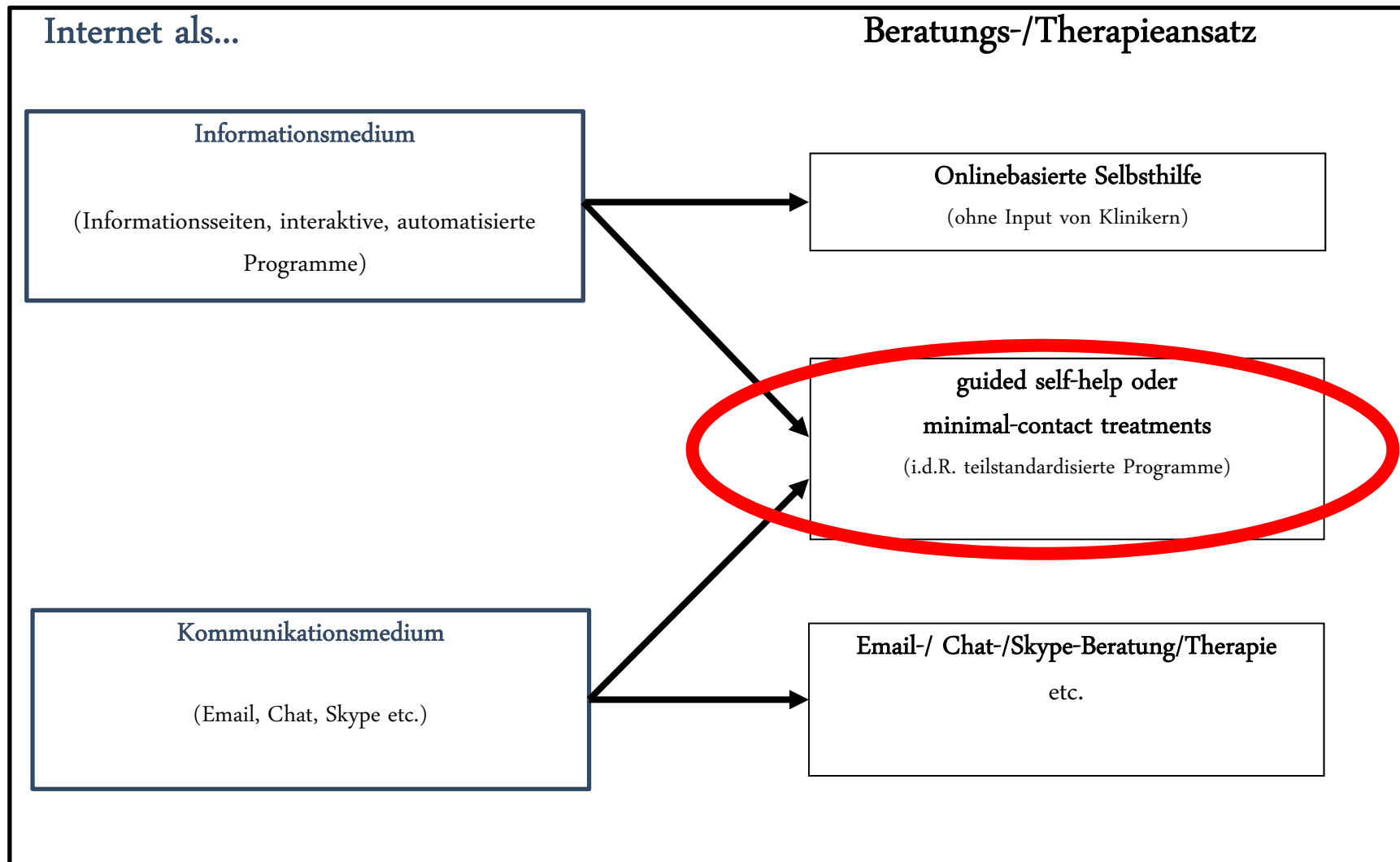
- Computer-unterstützte Psychotherapie



- Onlinetherapie



# Definition: onlinebasierte Beratungs-/Therapieansätze



(Berger, 2010)

---

# WIRKSAMKEIT DER ONLINETHERAPIE



# Wirksamkeit

---

- Für belastbare Vergleiche zwischen f2f-Intervention und begleiteter Online-Interventionen **muss kontrolliert werden**:
  - Das Ausmaß an Kontakt
  - Die Intensität/Dauer der Behandlung
  - Die Inhalte und Methoden der Behandlung
  - Die Gleichheit der behandelten Gruppen (Randomisierung)
- Studien, die dies tun, finden i.d.R. **keinen bedeutsamen Wirksamkeitsunterschied** zwischen den Ansätzen

# Wirksamkeit der Onlinetherapie bei psych. Störungen

- Wirksamkeitsnachweise für **die großen Störungsbereiche** in Form von Meta-Analysen
- Dropout-Rate** bei regelmäßigem Kontakt 28% vs. 74% bei unbegleiteten Interventionen
- Effektstärken** bei regelmäßigem Kontakt  $d = 0.78$  vs.  $d = 0.36$  bei unbegleiteten Interventionen

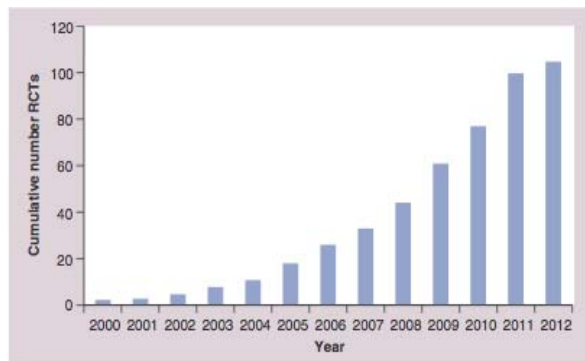


Figure 2. Cumulative number of published randomized controlled trials on Internet-based cognitive behavior therapy.  
Year 2012 bar includes studies published before June the same year.

	Anzahl Studien	Kontrollierte ES
Andrews et al. (2010)	PS, SAS, GAS k = 16	0.96
Richards & Richardson (2012)	Depression N = 2996 k = 19	0.56
Cuijpers et al. (2010)	21 direkte Vergleiche von ICBT und f-2-f Therapie	-0.02 (n.s.)

---

# NEUE MEDIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE: POTENTIAL UND LIMITATIONEN

# Onlineinterventionen: grundsätzliche Vorteile

---

- “auch Nachts” (**Flexibilität**)
- “in Bad, Küche oder Schlafzimmer - weltweit” (**Erreichbarkeit**)
- “nicht anrufen, vereinbaren, hinfahren” (**Barrierefreiheit**)
- “in der Scham niemandem ins Gesicht sehen müssen” (**Beschleunigte Selbstöffnung**)
- “Ich habe das selbst geschafft” (**Aktivere Einbindung**)

# Onlineinterventionen: grundsätzliche Herausforderungen

---

- Eingeschränkte **non-verbale Hinweisreize**
- Eingeschränkte **Interaktivität** und **Synchronität** der Kommunikation
- Eingeschränkte **diagnostische Möglichkeiten**
- Eingeschränkte **Kriseninterventionsmöglichkeit**
- **Unzureichende Qualitätsanforderungen**  
(u.a.Datenschutz)

---

# NEUE MEDIEN IN DER PSYCHOTHERAPIE: DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

# Die therapeutische Beziehung

---

Therapeutische Beziehung hat **drei wesentliche Komponenten**:

Komponente der therapeutischen Allianz	Beispielitem des WAI (Munder et al., 2010)
Gefühlte Übereinstimmung in den (therapeutischen) Zielen	„Mein/e Therapeut/in und ich stimmen darin überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.“
Gefühlte Übereinstimmung in den Aufgaben	„Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.“
Affektive Beziehung „Bindung“	„Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.“

nach Bordin (1975)

# Die therapeutische Beziehung in der Online-Intervention

---

- Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Beziehungsqualität zwischen Onlinetherapie und ambulanter Therapie  
(Klasen, Böttche & Knaevelsrud, 2012)
- Durchweg positive Bewertung der therapeutischen Beziehung
- Höhere Abbrecherraten & niedrigere Effektstärken in unbegleiteten Selbsthilfeprogrammen  
(Marks et al., 2007; Spek et al., 2007; Titov et al., 2009)
- Zusammenhang zwischen Therapeutenzeit (in Minuten) und Therapieerfolg  
(Palmqvist et al., 2007)



---

ONLINETHERAPIE: EIN EXEMPLARISCHES  
VERSORGUNSKONZEPT IN KRISENREGIONEN -  
ERGEBNISSE EINER RANDOMISIERT  
KONTROLLIERTEN STUDIE

# Onlinetherapie in Krisenregionen am Beispiel des Iraks

---

- Zivilgesellschaft Opfer von kumulierter Gewalt (u.a. Folter, Entführungen und sexuelle Gewalt)
- Zwischen 2003 und 2010 verursachten Bombenanschläge 11% aller zivilen Toten und 26% aller verletzten Zivilisten (Hicks et al., 2011)
- ➔ Hohe Prävalenzraten für PTSD und Angststörungen in der Region (Alhasnawi et al., 2009) u.a. Ägypten, Syrien, Sudan, Jemen, Irak
- Gleichzeitig Abwanderung von klinischem Fachpersonal und Ärzten (Webster, 2011)

# Forschungsstand zur Anwendbarkeit von Onlinetherapie in Krisenregionen

---

- Onlinetherapie für PTSD in westlichen Ländern wirksam (Lange et al., 2003; Knaevelsrud et al., 2006, 2007, 2009)
- Anwendbarkeit und Akzeptanz im Irak in Pilotstudie überprüft (Wagner, Schulz & Knaevelsrud, 2012)



Wirksamkeit einer Onlinetherapie in instabiler Konfliktregion?

# Behandlungskonzept und Rahmenbedingungen einer Onlinetherapie in Krisenregionen

---

- Behandlungskonzept: kulturelle Anpassung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schreibtherapie für PTSD (Exposition, Kognitive Restrukturierung, Social Sharing)  
(Lange et al., 2003)
- Behandlungsdauer: 10 Schreibsitzungen (5 Wochen, feste Termine, 45min.); Rückmeldung innerhalb von 48 h
- Psychotherapeuten: Muttersprachlich arabische, klinisch ausgebildete Fachkräfte (Irak, Syrien, Palästina, Ägypten, Sudan)

# Wie finden uns Patienten?



# Ilajnafsy: Webseite



Deutsch English العربية  
التسجيل  
+ -



## علاج نفسي



## معالجة إضطراب ما بعد الصدمة النفسية عن طريق الإنترنت

### طريقة العلاج

بدأ مركز علاج الصدمات النفسية العمل مع الأفراد الذين يعانون من إضطراب ما بعد الصدمة النفسية في ألمانيا وهولندا، ولقد ثبت علمياً نجاح هذا العلاج في التعامل مع مشكلات هؤلاء الأفراد عن طريق الإنترنت.

يستخدم المعالجون المختصون العاملون في هذا الموقع برنامجاً مجرباً علمياً. يتكون هذا الأخير من عدة أجزاء ثابتة ، التي يمكن لمختلف الأفراد وفي ظروف مختلفة الإستفادة منها وتوظيفها في حل مشكلاتهم الشخصية، بحيث يمكن للمريض أن يكتب عن تجربته الشخصية من مكان تواجد دون الحاجة إلى زيارة المعالج ودون التعرض للحرع عند رواية الأحداث الشخصية.

### الإشتراك المجاني

لأول مرة، يمكن حالياً للشخص المصاب بالإضطراب إلى العلاج النفسي عبر الإنترنت باللغة العربية مجاناً. يستغرق العلاج مدة تتراوح بين أربعة وخمسة أسابيع ويمكن لعدد محدود من الأشخاص الإشتراك به مجاناً وبدون مقابل لعرضه في إطار بحث علمي.

يتم تشخيص حالة المسجلين الراغبين بالعلاج من خلال فحص أسئلة التشخيص النفسي الواردة في إستمارة البيانات. ومقابل إستخدام هذه المعلومات لفرض البحث العلمي (المعلومات المأخوذة ستكون سرية وبدون ذكر أسماء المشاركين وستوضع تحت أرقام مشفرة) سيكون العلاج مجاناً.

يتم تنفيذ هذا البحث في مركز العلاج النفسي في برلين تحت إشراف الدكتورة كرسيتينا كنيفلسرود الأستاذة في الجامعة الحرة في برلين، وبالتعاون مع الدكتورة بيرجيت قاغنز الأستاذة في جامعة لايزرغ.

على هذا الموقع، يمكنكم الحصول على معلومات حول:

- العلاج النفسي عبر الإنترنت: ما مدى مفعول العلاج النفسي عن طريق الإنترنت
- من يمكنه الإستفادة من هذا النوع من العلاج النفسي؟

## أخبار

### مقدمة

الصدمة النفسية

العلاج النفسي عبر الإنترنت

البحث العلمي

سرية البيانات الشخصية

أشكال أخرى من العلاج النفسي

التسجيل

روابط

إتصل بنا



# Online Assessment

**Screening**

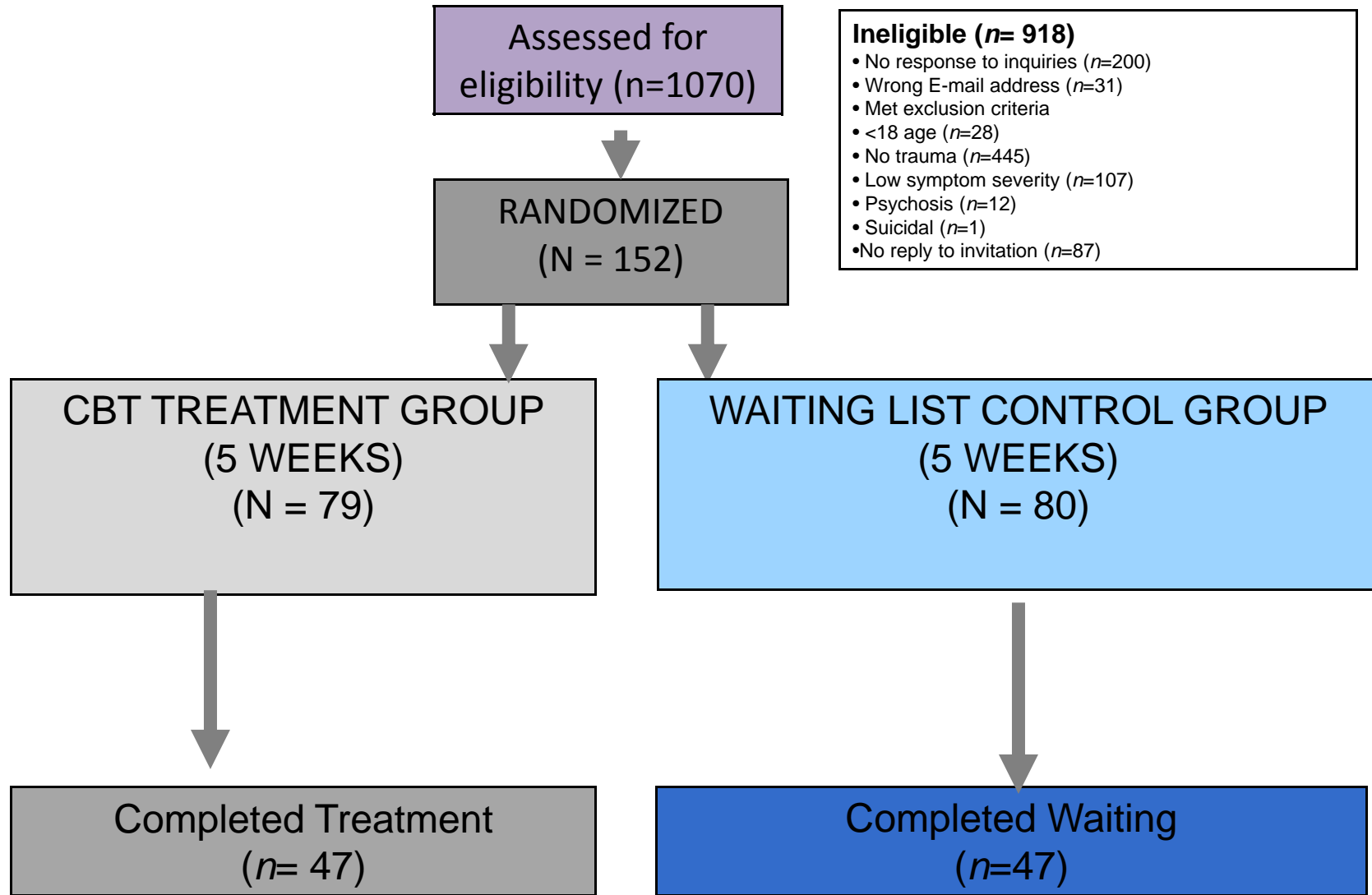
يجب أن تسجل لتكتمل هذا الاستبيان  
بإمكانك التسجيل لهذا الاستبيان إذا رغبت في المشاركة.  
ادخل معلوماتك بالأسفل، وسترسل لك فوراً رسالة بريد إلكتروني بها رابط للمشاركة في الاستبيان.

<input type="text"/>	الاسم الأول:
<input type="text"/>	اسم العائلة:
<input type="text"/>	البريد الإلكتروني:
<input type="text" value="2 + 65 ="/>	سؤال الأمان:

Männlich, 29 Jahre, Irak, Baghdad,

„... Sie töteten meinen Freund direkt vor meinen Augen, ich werde diesen Moment nie vergessen. Ich musste zusehen wie er verblutete. Ich konnte nichts tun. Er starb direkt vor meinen Augen – einfach so. Ich sah auch ein Auto, das bombardiert wurde – alle Menschen, die drinnen saßen, waren vollkommen verbrannt. Ich wurde dabei auch verletzt.“

# Study Flow





# Stichprobenbeschreibung

		Behandlungsgruppe	Kontrollgruppe
<b>Alter</b>	Jahre, (SD), range	29.11 (3.01), 18-56	27.15 (6.48), 18-43
<b>Geschlecht</b>	Weiblich	76 %	69%
	Männlich	24%	31%
<b>Bildung</b>	Mittlere Reife	22 %	35%
	Abitur	71%	48%
<b>Anzahl Traumata</b>	M, SD	3.67 (3.01)	3.03 (2.61)
<b>Art des Traumas</b>	Ermordung eines Familienmitglieds	14%	16%
	Kriegsbezogene sexuelle Gewalt	39%	40%
	Folter	20%	18%
	Andere (Entführungen, Bombenanschläge)	27%	26%

(Knaevelsrud et al. under review)

# Ergebnisse (Intention-to-Treat)

	Pre-Test Mean (SD)	Post-Test Mean (SD)	<i>p</i>	Effect Size (Cohen's d) between ITT	Effect Size (Cohen's d) between Completers
PDS (PTSD)					
Treatment group	30.35 (8.16)	20.29 (12.45)	<.001	.92	1.76
Control group	30.65 (12.45)	30.17 (8.70)			
PDS (Intrusion)					
Treatment group	8.32 (3.98)	5.09 (4.33)	<.001	.72	1.49
Control group	8.33 (3.84)	8.06 (3.89)			
PDS (Avoidance)					
Treatment group	12.49 (3.77)	8.78 (5.38)	<.001	.92	1.58
Control group	12.80 (3.82)	13.04 (3.78)			
PDS (Hyperarousal)					
Treatment group	9.54 (3.07)	6.42 (4.19)	<.001	.68	1.41
Control group	9.52 (3.58)	9.07 (3.64)			
HSCCL-25 (Depression)					
Treatment group	3.04 (0.58)	2.36 (.90)	<.001	1.03	2.03
Control group	3.10 (0.50)	3.11 (.50)			

# Ergebnisse (Completer)

	Pre-Test Mean (SD)	Post-Test Mean (SD)	<i>p</i>	Effect Size (Cohen's d) between ITT	Effect Size (Cohen's d) between Completers
PDS (PTSD)					
Treatment group	30.35 (8.16)	20.29 (12.45)	<.001	.92	1.76
Control group	30.65 (12.45)	30.17 (8.70)			
PDS (Intrusion)					
Treatment group	8.32 (3.98)	5.09 (4.33)	<.001	.72	1.49
Control group	8.33 (3.84)	8.06 (3.89)			
PDS (Avoidance)					
Treatment group	12.49 (3.77)	8.78 (5.38)	<.001	.92	1.58
Control group	12.80 (3.82)	13.04 (3.78)			
PDS (Hyperarousal)					
Treatment group	9.54 (3.07)	6.42 (4.19)	<.001	.68	1.41
Control group	9.52 (3.58)	9.07 (3.64)			
HSCCL-25 (Depression)					
Treatment group	3.04 (0.58)	2.36 (.90)	<.001	1.03	2.03
Control group	3.10 (0.50)	3.11 (.50)			

# Fazit

---

Internettherapie findet hohe Akzeptanz (Studien, Versorgungsalltag)

- Im europäischen Ausland bereits im regulären Versorgungssystem integriert ( u.a. Richtlinien: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Swedish National Board of Health and Welfare (2010)

Internettherapie ist flexibel und leicht zugänglich

- Niedrige Hemmschwelle
- Ergänzung zu herkömmlichen zeit- und ortsgebundenen Therapien

Patienten nutzen das Netz und suchen sich Angebote

-> sinnvoll als Kliniker dafür Standards zu entwickeln

# Forderungen zur Weiterentwicklung

---

## Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards

- standardisierte, wissenschaftlich evaluierte Programme
- Qualifikation und Qualifizierung der Berater
- Datenschutz und Datensicherheit

## Überprüfung geltender gesetzlicher Rahmenbedingungen

- Vereinbarkeit mit Berufsordnung und Verankerung im Sozialrecht

## Wissenschaftliche Begleitung

- Wirksamkeit und Nutzen durch Versorgungsforschung
- Nachweis im Versorgungsalltag

---

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

# E-Mental Health: Chancen für eine sektorenübergreifende Versorgung

*Dipl.-Psych. PD Dr. rer. soc. Stephanie Bauer*

# E-Mental Health: Chancen für eine sektorenübergreifende Versorgung

**PD Dr. Stephanie Bauer**  
Forschungsstelle für Psychotherapie  
Universitätsklinikum Heidelberg

Berlin, 10. Mai 2014



# Übersicht

- 1. Die Herausforderungen der sektorenübergreifenden Versorgung**
- 2. Verbesserung der Versorgungskontinuität nach stationärer Behandlung**
  - Beispiel A: Projekt „Chat-Brücke“
  - Beispiel B: Projekt „SMS-Brücke“
- 3. Prävention und Frühintervention**
  - Beispiel C: Projekt „ProYouth“
- 4. Fazit**

# Versorgungsziele

<b>Prävention</b>	<b>Früh- intervention</b>	<b>Ambulante / stationäre Behandlung</b>	<b>Nachsorge</b>
-------------------	-------------------------------	--	------------------

# Versorgungsziele

Prävention	Früh- intervention	Ambulante / stationäre Behandlung	Nachsorge
------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------

## Ziele:

- Stärkung von Ressourcen
- Gesunderhaltung /  
Krankheitsvermeidung
- Frühe Identifikation psychischer  
Erkrankungen
- Zeitnahe professionelle Hilfe
- Limitierung der  
Erkrankungsschwere und -dauer

# Versorgungsziele

Prävention	Früh-intervention	Ambulante / stationäre Behandlung	Nachsorge
------------	-------------------	--------------------------------------	-----------

## Ziele:

- Stärkung von Ressourcen
- Gesunderhaltung / Krankheitsvermeidung
- Frühe Identifikation psychischer Erkrankungen
- Zeitnahe professionelle Hilfe
- Limitierung der Erkrankungsschwere und -dauer

## Ziele:

- Verstetigung des Behandlungserfolgs
- Rückfallprävention
- Vermeidung von Chronifizierung
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit

# Herausforderung: Versorgungskontinuität

Prävention

Früh-  
intervention

Ambulante / stationäre  
Behandlung

Nachsorge

- Späte/Keine Inanspruchnahme professioneller Hilfe

- Viele Betroffene bleiben ohne (zeitnahe) Nachsorge

# Herausforderung: Versorgungskontinuität

Prävention

Früh-  
intervention

Ambulante / stationäre  
Behandlung

Nachsorge

- Späte/Keine Inanspruchnahme professioneller Hilfe

## Gründe:

- Späte Diagnosestellung
- Geringes Wissen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten
- Scham, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Begrenzte Verfügbarkeit und Reichweite von spezifischen Frühinterventionen
- Wartezeiten

- Viele Betroffene bleiben ohne (zeitnahe) Nachsorge

## Gründe:

- Begrenzte Verfügbarkeit und Reichweite von spezifischen Nachsorgeangeboten
- Warte- und Wegezeiten

# Verbesserung der Versorgungskontinuität durch E-Mental Health

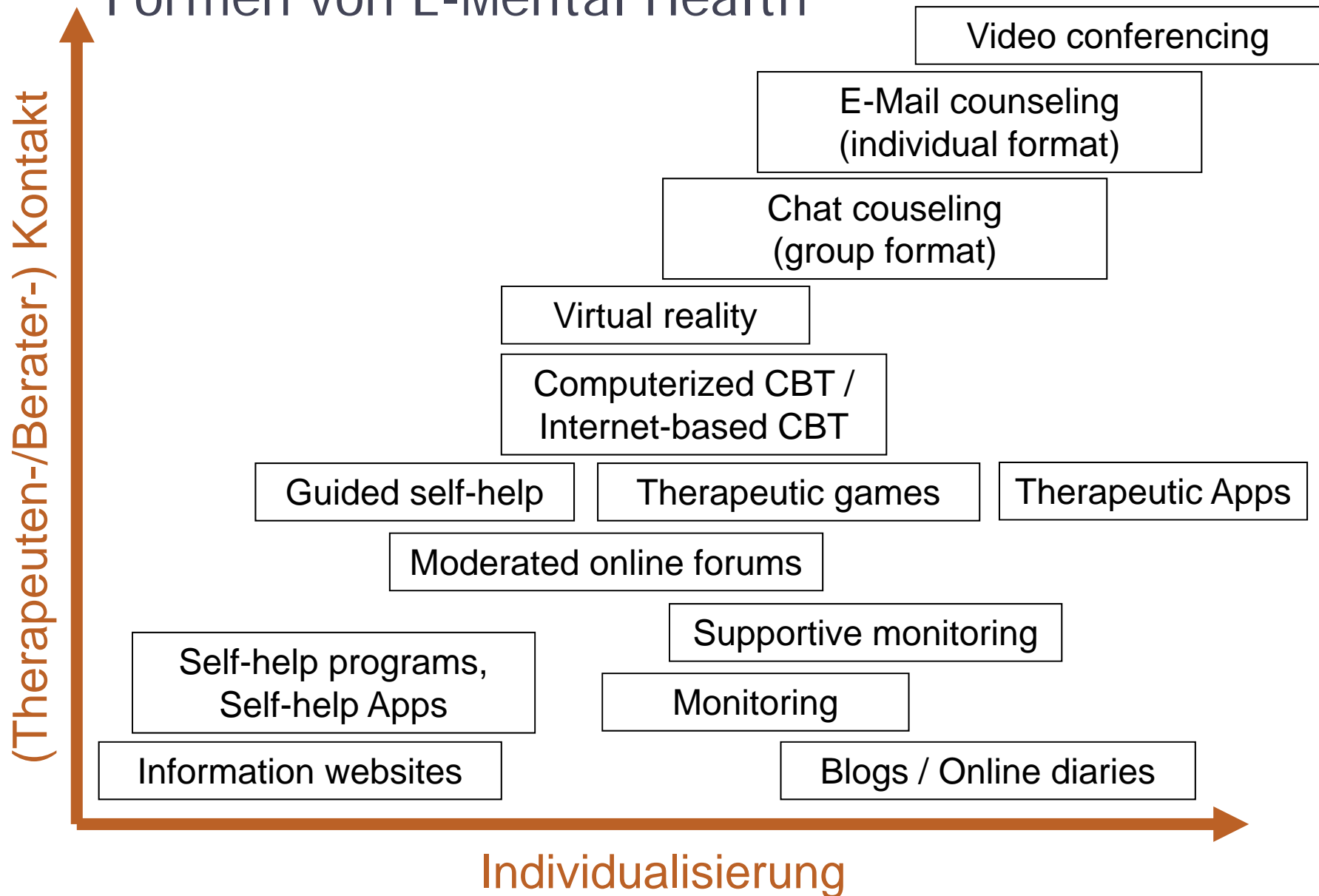
- **E-Mental Health:**

Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (z.B. Internet, Mobiltelefone) zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitsversorgung (Riper et al., 2010).

(Bauer & Kordy, 2008)



# Formen von E-Mental Health





## Chancen & Vorteile

- Reichweite
- Verfügbarkeit
- Erreichbarkeit
- Aktualität
- Flexibilität
- Targeting und Timing
- Kosten
- Anonymität

(Bauer et al., 2005; Bauer & Kordy, 2008; Christensen et al., 2002; 2003; 2010; Emmelkamp et al., 2005; 2014; Lal & Adair, 2014)

## Herausforderungen, Grenzen & Risiken I

- Unübersichtlichkeit und fragliche Qualität von im Internet frei verfügbaren Programmen
- Fehlende Transparenz
- Datenschutz / Datensicherheit
- Oft fehlende oder mangelhafte Evaluation
- Wissenschaftliche Überprüfung: statistische Signifikanz versus praktische Bedeutsamkeit

(Bauer et al., 2005; Bauer & Kordy, 2008; Christensen et al., 2002; 2003; 2010; Emmelkamp et al., 2005; 2014; Lal & Adair, 2014)

## Herausforderungen, Grenzen & Risiken II

- Unverbindlichkeit des Kontakts
- Hohe Dropout-Raten
- Fehlende nonverbale Informationen
- Gefahr von Missverständnissen
- Krisenmanagement (z. B. Umgang mit Notfällen, Suizidalität, Kontaktabbruch)

(Bauer & Kordy, 2008)

## Herausforderungen, Grenzen & Risiken III

- „theoretische“ Reichweite versus „tatsächliche“ Reichweite
- Implementierung und Dissemination
- Kosten-Nutzen-Relation
- Integration von online- Angeboten und regulärer Versorgung
- „Research-practice gap“

→ Zentrale Frage:

Wie kann man E-Mental Health und die reguläre Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?

(Bauer & Kordy, 2008; Bauer & Moessner, 2013)



## 2. Verbesserung der Versorgungskontinuität nach stationärer Behandlung

### Beispiel A: Projekt „Chat-Brücke“

**Kooperationspartner:**  
Panorama Fachkliniken Scheidegg

**Ko-Finanzierung:**  
Techniker Krankenkasse

# Projekt „Chat-Brücke“



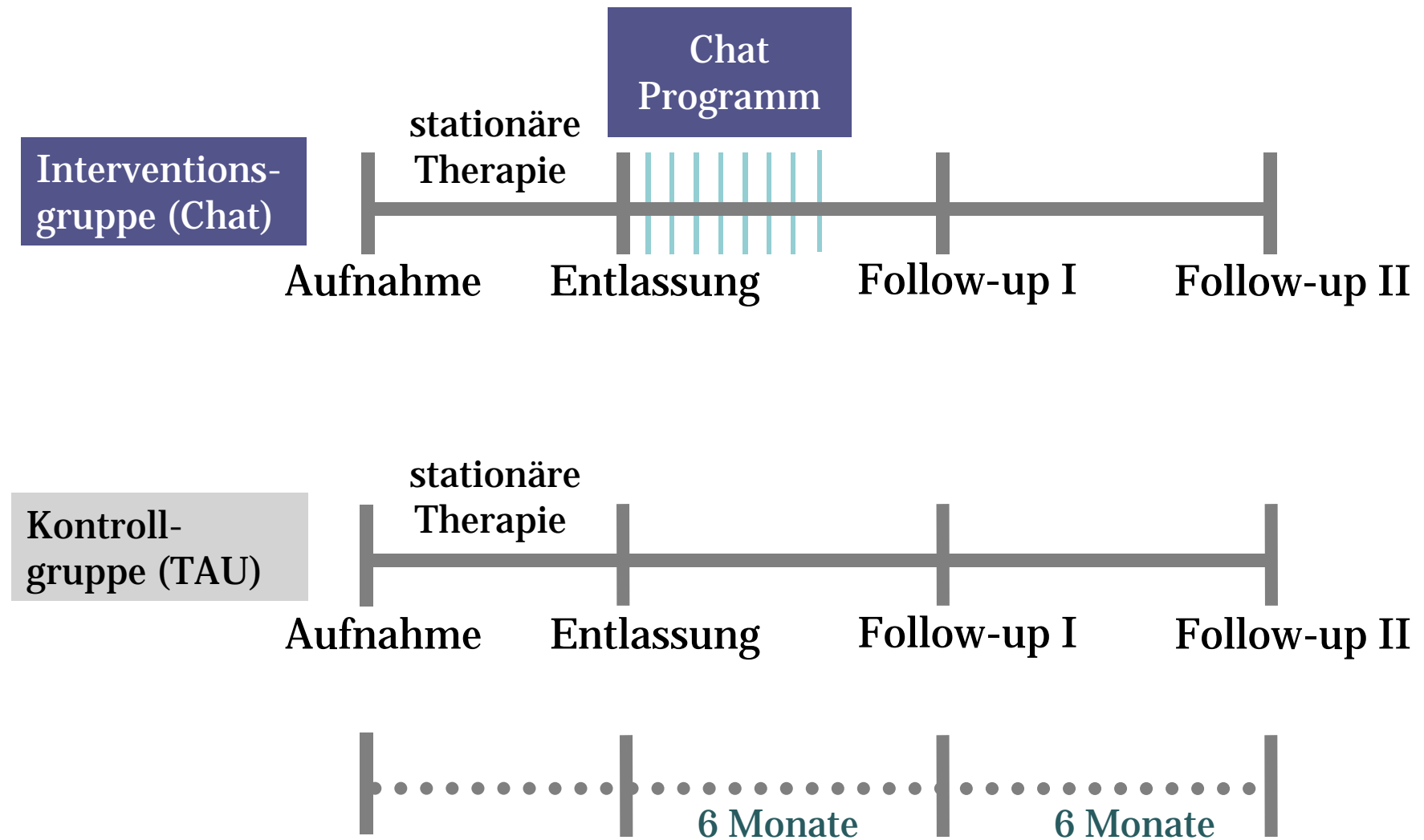
## Konzept:

- therapeutisch geleitete Chatgruppen
- 8–10 Teilnehmer
- Programmdauer: 12-15 wöchentliche Sitzungen
- Sitzungsdauer: 90 min.
- Verlaufsmonitoring
- Krisenmanagement

■ Teilnehmer

■ Klinik

# Evaluation „Chat-Brücke“ (N = 228)



# Evaluation „Chat-Brücke“

- **Hauptfragestellung:**

Geringere Beeinträchtigung in der Interventionsgruppe 6 und 12 Monate nach Entlassung?

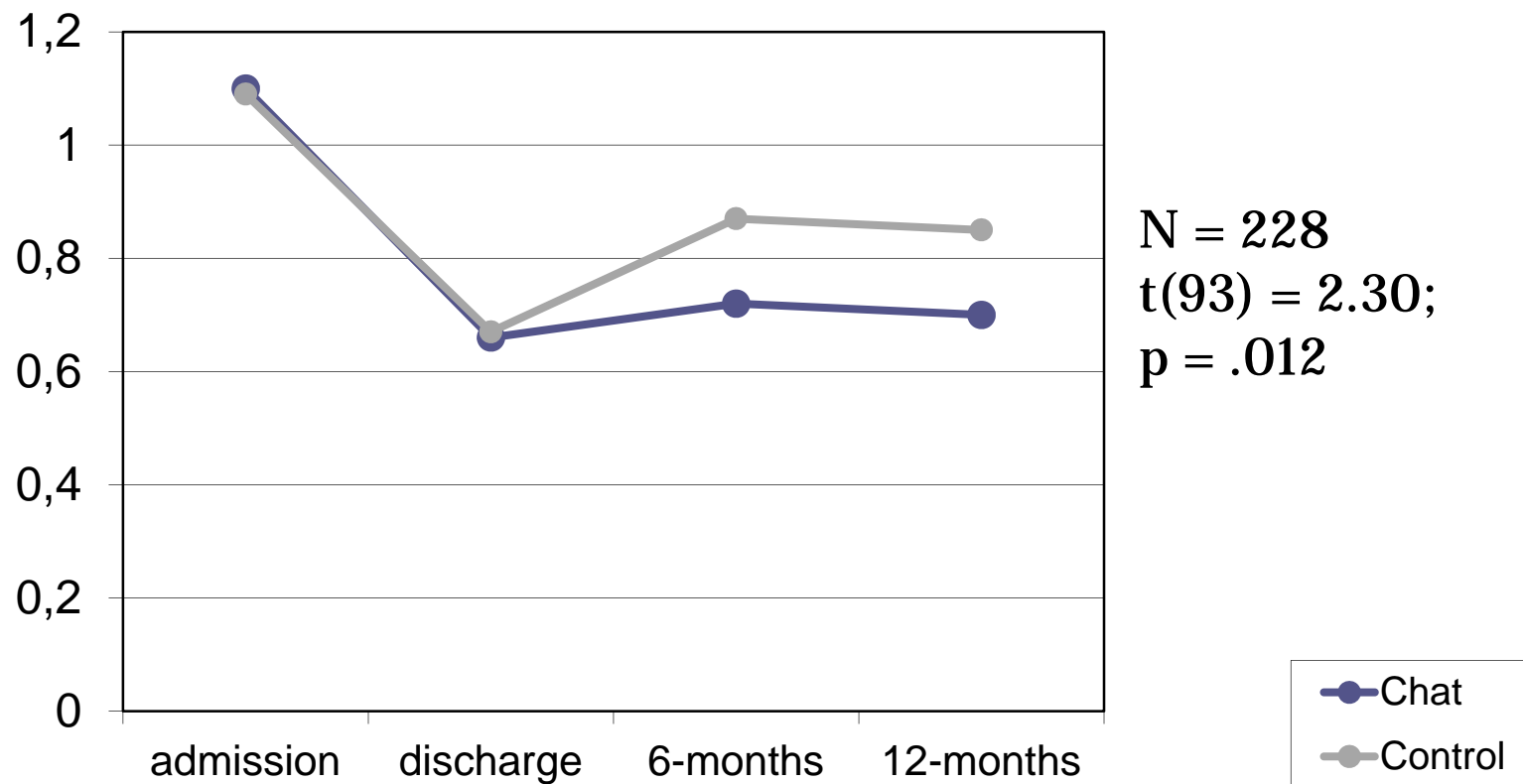
- **Nebenfragestellungen:**

Geringere Rückfallrate in der Interventionsgruppe?

Einfluss der Teilnahme am Chat-Programm auf die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie?

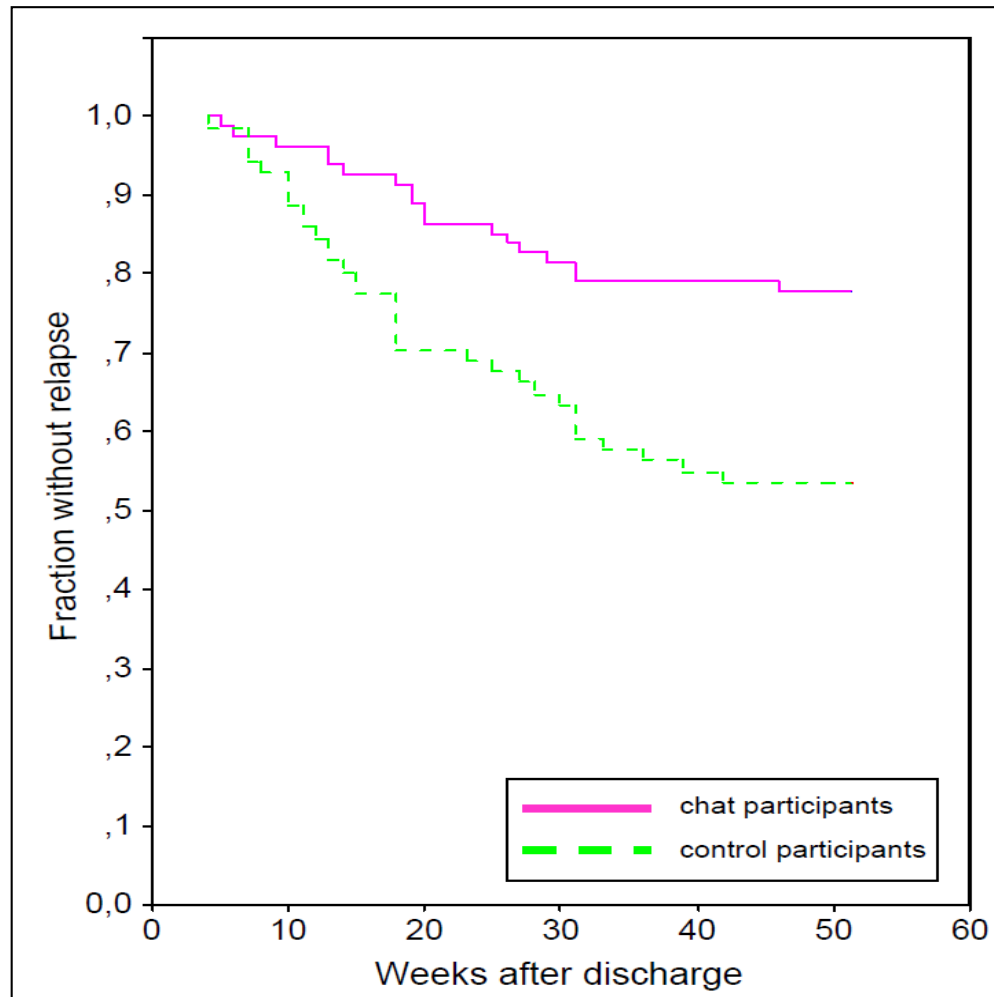


## Effektivität – Psychische Beeinträchtigung (SCL-90-R)



(Golkaramnay et al., 2007)

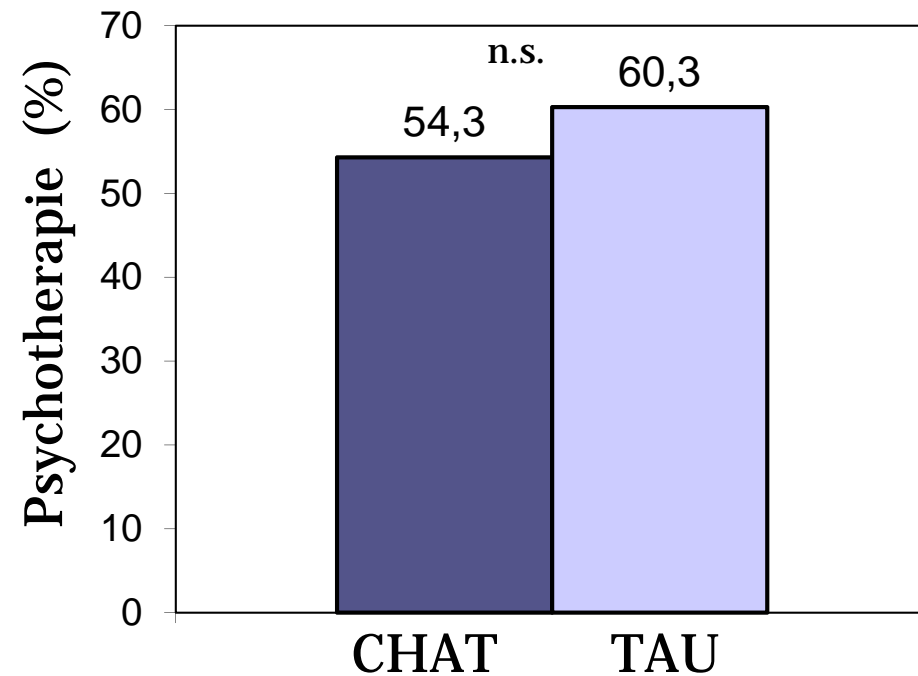
## Effektivität - Rückfallrate



**Rückfallrate**  
CHAT: 21%; TAU: 47%

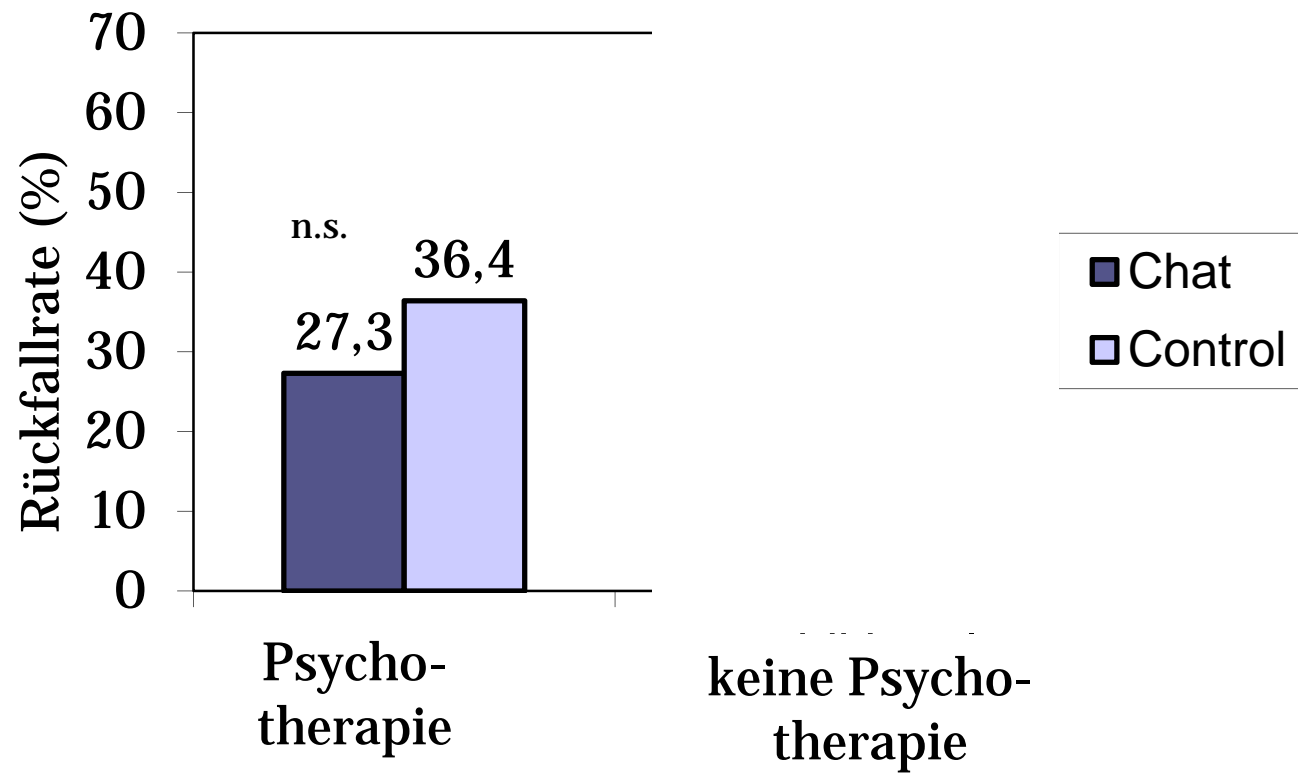
(Bauer et al., 2011a)

## Inanspruchnahme - ambulante Psychotherapie im Jahr nach Entlassung



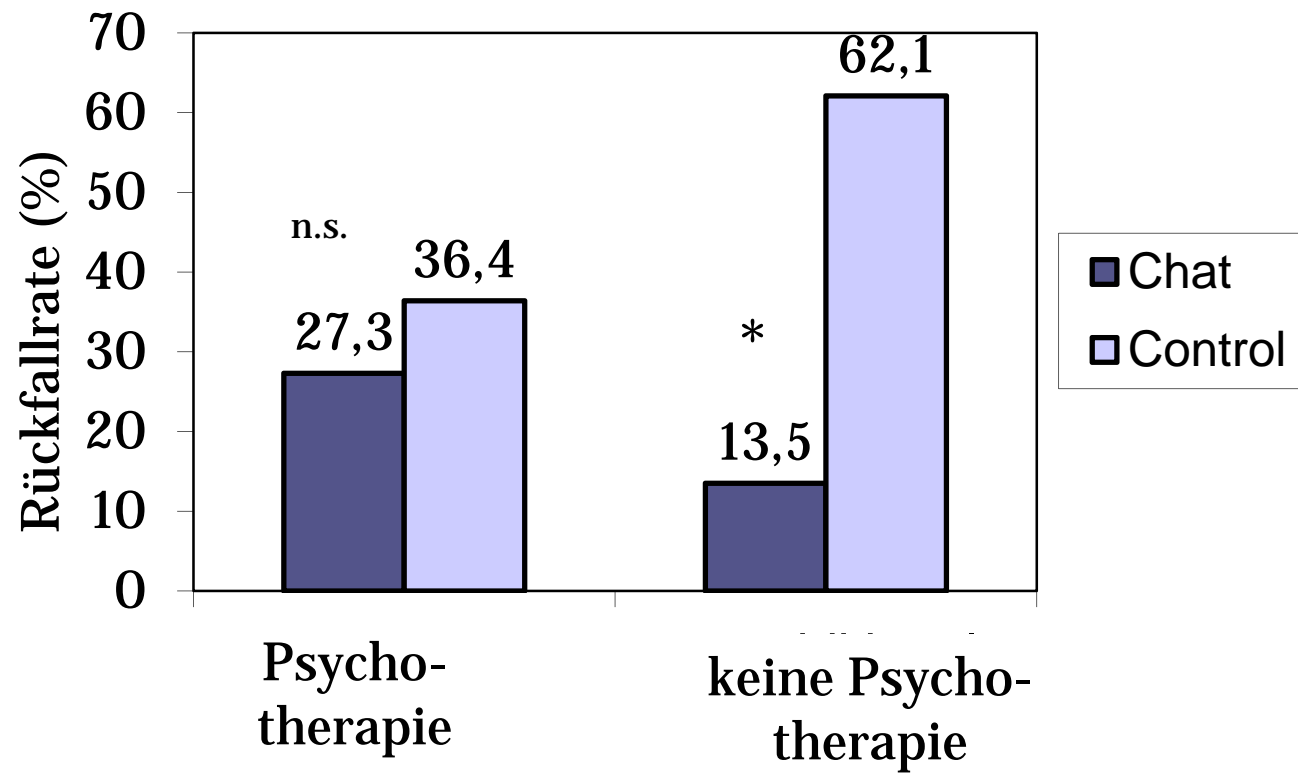
(Bauer et al., 2011a)

## Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



(Bauer et al., 2011a)

## Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



(Bauer et al., 2011a)

## 2. Verbesserung der Versorgungskontinuität nach stationärer Behandlung

### Beispiel B: Projekt „SMS-Brücke“

Kooperationspartner:  
AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont

Finanzierung:  
BMBF

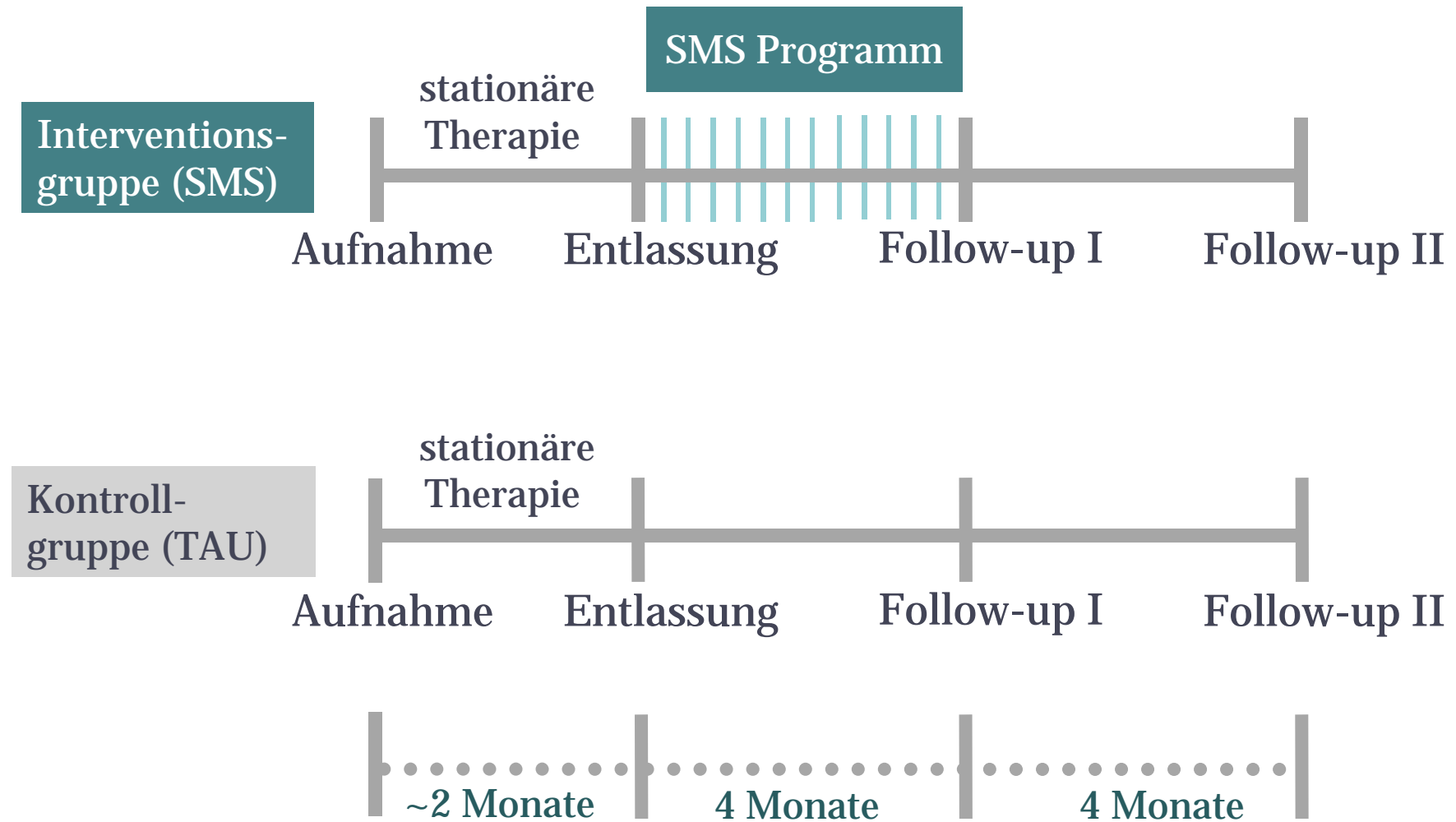


## Konzept „SMS-Brücke“

- nachstationäres Betreuungsangebot für Patientinnen mit Bulimia nervosa
- wöchentliche Interaktion über SMS
- Internet-basiertes, teilautomatisiertes Programm
- Datenbank enthält ca. 1000 Feedback-Nachrichten
- Ziele:
  - . Monitoring der Symptomatik
  - . Feedback signalisiert soziale Unterstützung, positive Verstärkung, Erinnerung an in der Klinik gelernte Strategien



# Evaluation (RCT; N = 165)





## „SMS-Brücke“ - Fragestellungen

- **Hauptfragestellung:**

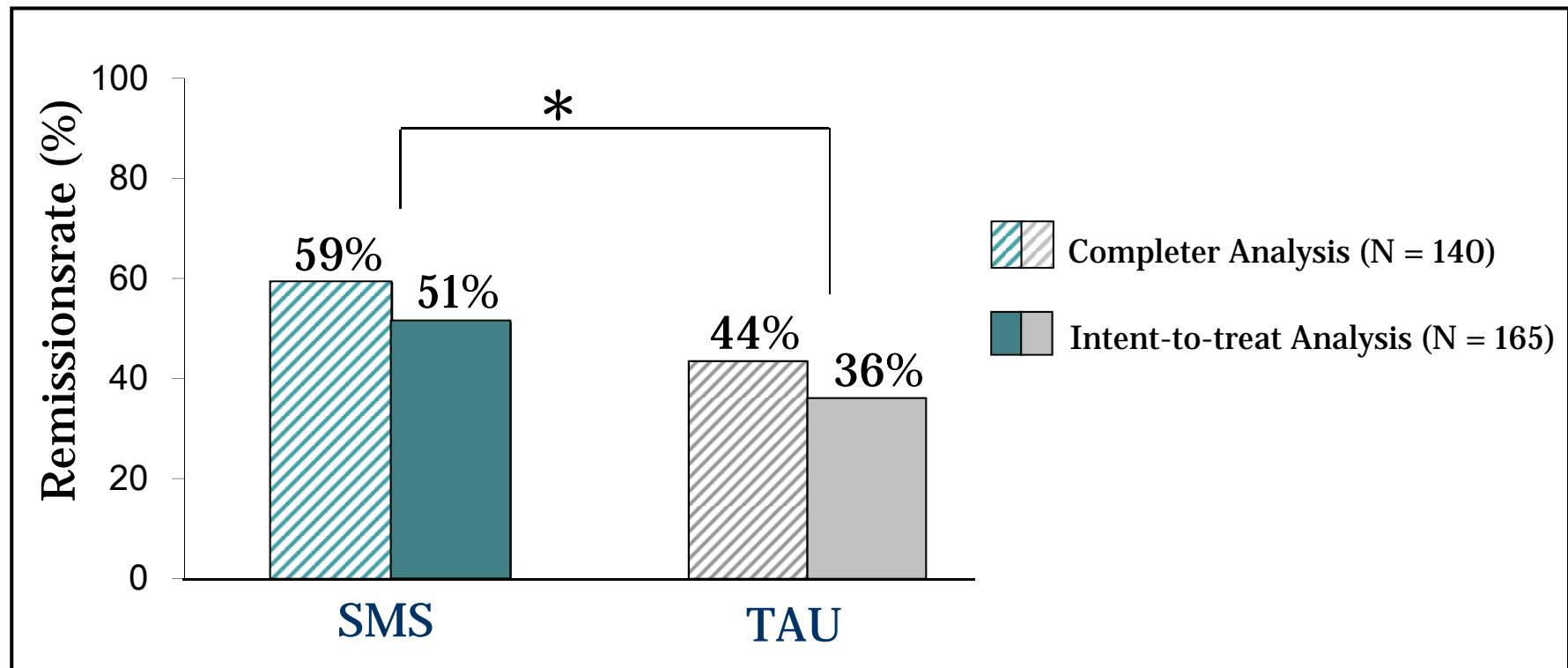
Höhere Remissionsrate in der Interventionsgruppe bei Follow-up?

- **Nebenfragestellungen:**

Geringere Rückfallrate und geringere Beeinträchtigung der Interventionsgruppe bei Follow-up?

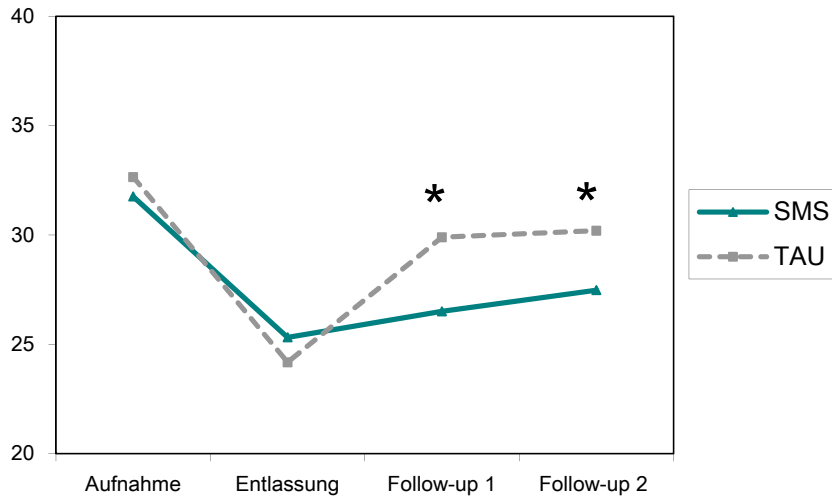
Einfluss der Teilnahme am SMS-Programm auf die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie?

## Wirksamkeit „SMS-Brücke“ - Remissionsrate

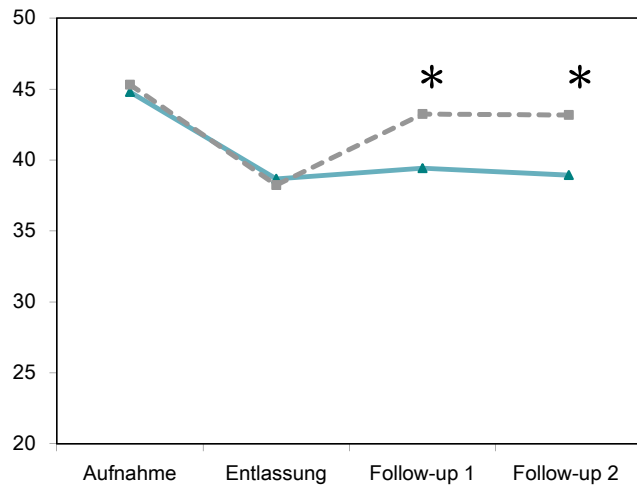


(Bauer et al., 2012)

# Wirksamkeit „SMS-Brücke“

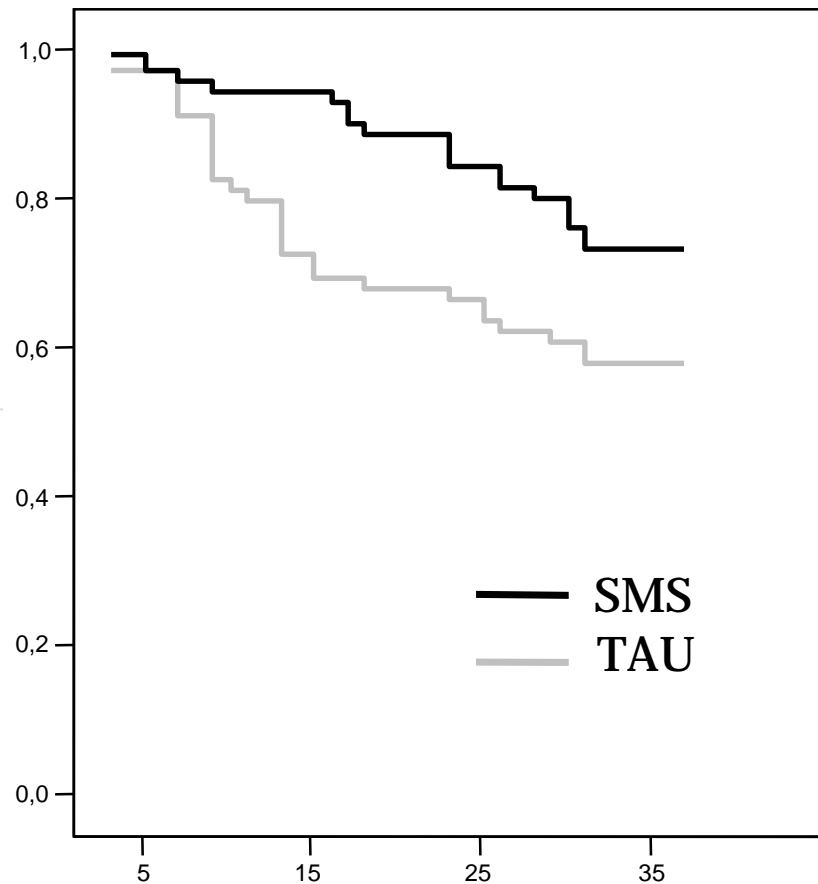


EDI Skala 1: Schlankheitsstreben



EDI Skala 3: Körperliche Unzufriedenheit

## Rückfallrate SMS: 27%; TAU: 42%

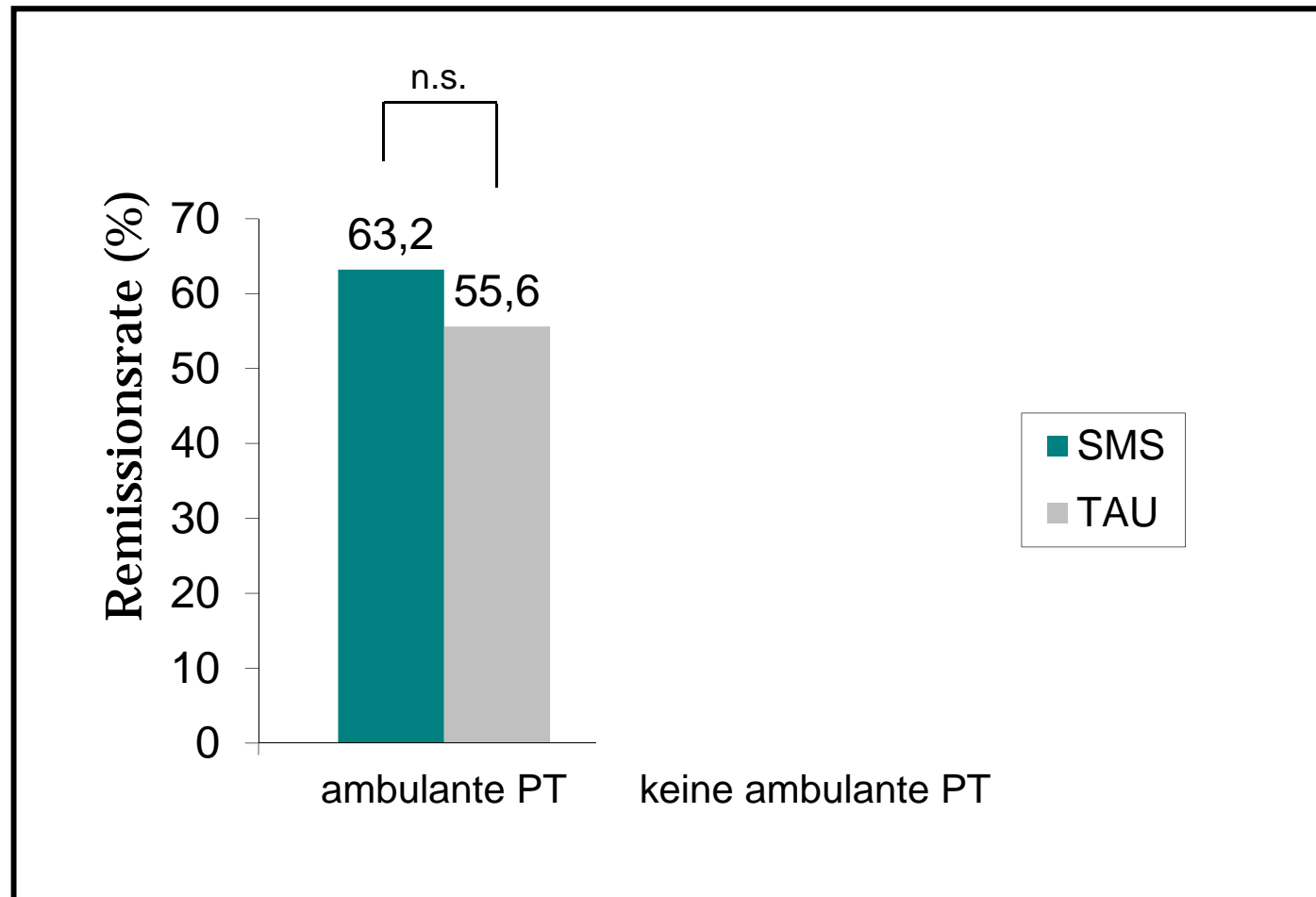


(Bauer et al., 2011b; 2013a)

## Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (bis 8 Monate nach Entlassung)

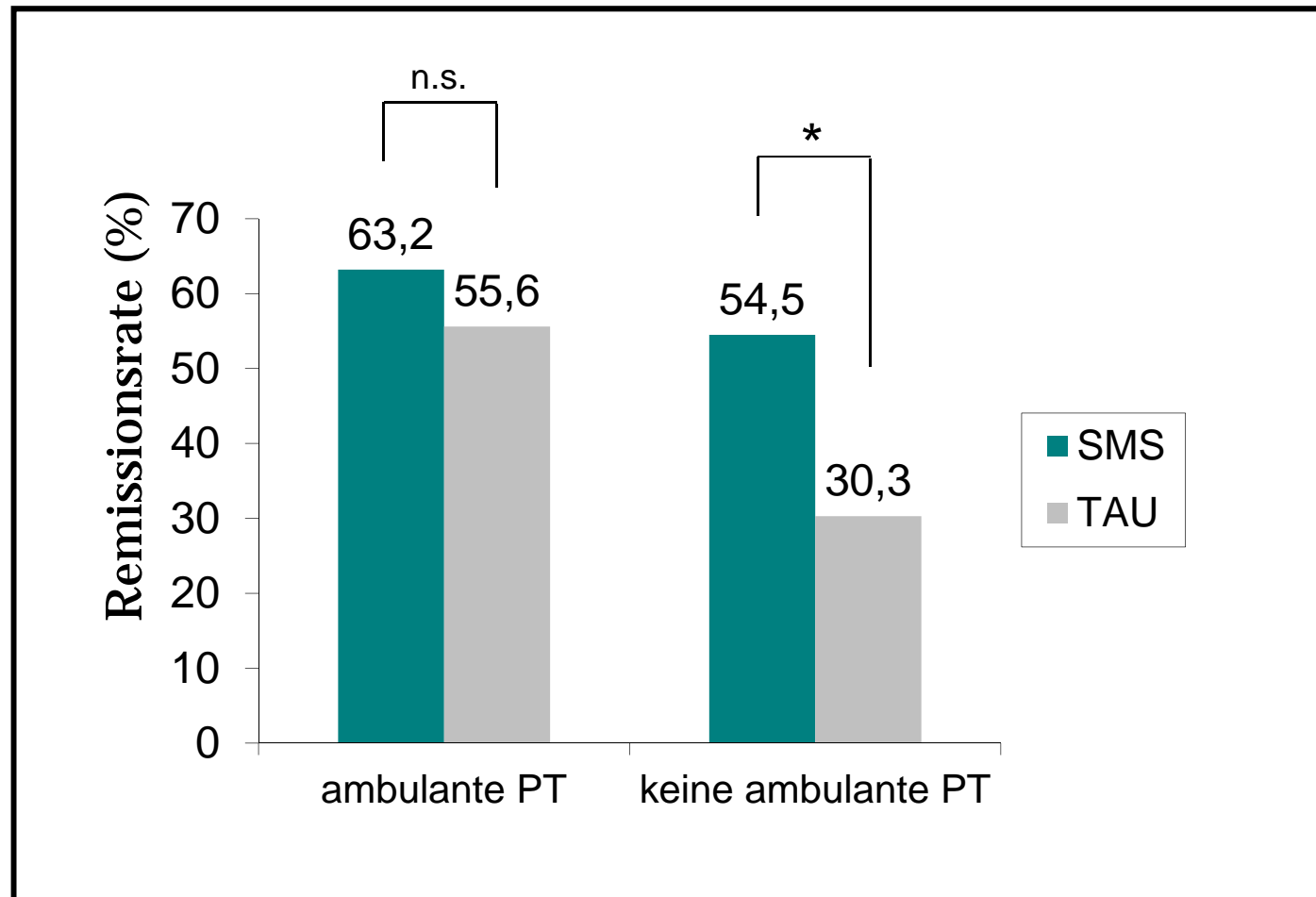
	Kontrollgruppe (TAU)	Interventionsgruppe (SMS)
Häufigkeit	52% (n = 36)	53% (n = 38)
Anzahl Sitzungen (Gesamtgruppe)	M = 9.2 (SD = 15.8) range = 1-80	M = 8.5 (SD = 13.8) range = 2-85
Anzahl Sitzungen (Utilizer)	M = 18.2 (SD = 18.1) range = 1-80	M = 17.0 (SD = 15.4) range = 2-85

# Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie



(Bauer et al., 2013a)

# Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie





(Bauer et al., 2013a)


## Fazit - Nachsorge mittels E-Mental Health


- Praktikabilität, Akzeptanz, Wirksamkeit und Kosten-Effektivität
- Vergleichbare Ergebnisse mehrerer Arbeitsgruppen
- Nachsorge über E-Mental Health ausreichend für einen Teil der Patienten
- Monitoring und zeitnahe Reaktion auf Veränderungen
- Stärkere Individualisierung: möglicherweise verbesserte Passung zwischen individueller Beeinträchtigung und Inanspruchnahme ambulanter Therapie


# 3. Prävention und Frühintervention


## Beispiel C: Projekt „ProYouth“


**ProYouth**    
The European initiative for the promotion of mental health and the prevention of eating disorders





  
Welcome to ProYouth!


  
Vítejte na ProYouth!

  
Benvenuto sul ProYouth!

  
Bine ați venit la ProYouth!

  
Willkommen bei ProYouth!

  
Üdvözlünk a ProYouth oldalán!

  
Welkom op het ProYouth!



## Das EU-Projekt „Proyouth“

- **Ziele:**

- Implementierung und Dissemination eines online-Portals zur Prävention und Frühintervention bei Essstörungen
- Verknüpfung zwischen online-Portal und Regelversorgung

- **Vorarbeiten:**

- Praktikabilität (Bauer et al., 2009)
- Akzeptanz (Lindenberg et al., 2011)
- Wirksamkeit (Lindenberg & Kordy, angen.)

# Das ProYouth online-Portal

## 1. Aufklären:

Psychoedukation, Mental Health Literacy → Infomaterial, News, Videos

## 2. Individualisiert informieren:

Feedback zu problematischen Einstellungen, Verhaltensweisen, Symptomen → Screening & Monitoring

## 3. Unterstützen:

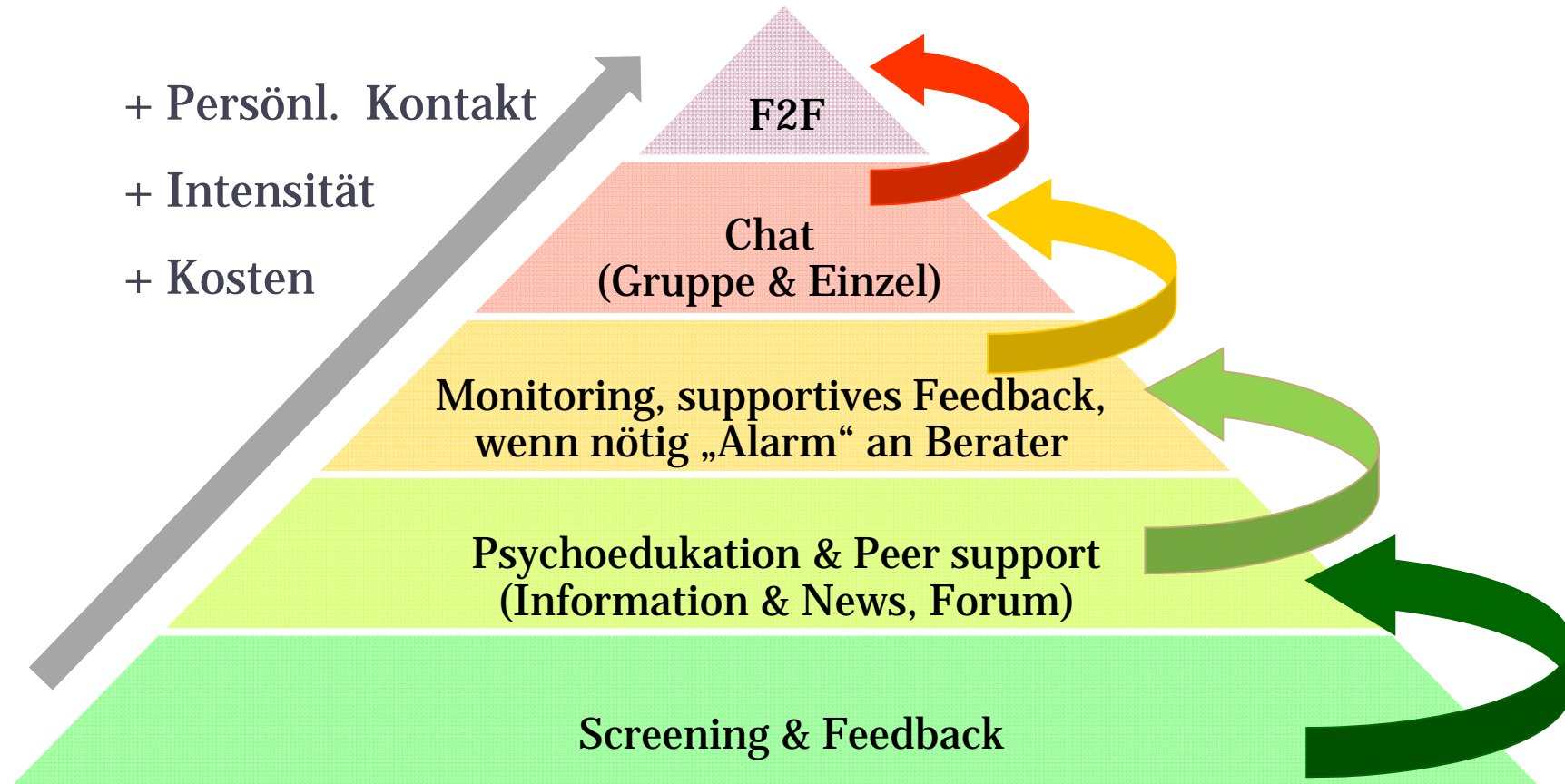
über verschiedene online-Module (Peer Support und online-Beratung durch Experten) → Forum & Chat

## 4. Vermitteln:

Zugang zum regulären Versorgungssystem erleichtern; Dauer bis zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe reduzieren

(Bauer et al., 2013b)

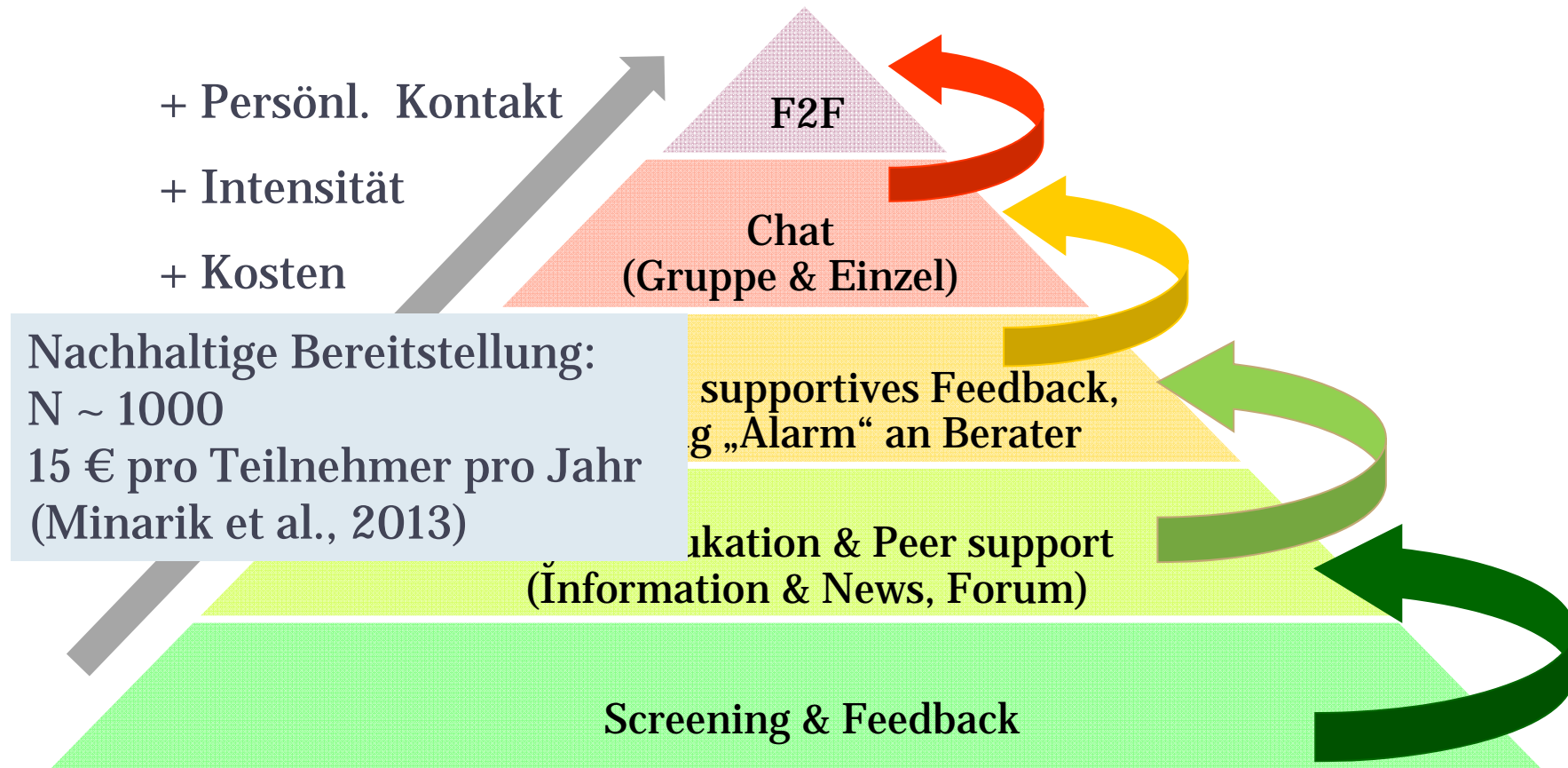
# Das ProYouth-Portal



## Ziele:

- Kombination von automatisierten und personalisierten Modulen
- Anpassung an individuellen Unterstützungsbedarf
- Verknüpfung von E-Mental Health und Regelversorgung (F2F)

# Das ProYouth-Portal



## Ziele:

- Kombination von automatisierten und personalisierten Modulen
- Anpassung an individuellen Unterstützungsbedarf
- Verknüpfung von E-Mental Health und Regelversorgung (F2F)

## Stand der Implementierung in Deutschland (2012-2014)

- **Dissemination:**
  - Schulsetting
  - online-Rekrutierung
  - soziale Netzwerke
- **Screening:** N > 7.500
- **Registrierung :** N > 3.500
- **Forum:** > 2.000 Beiträge; 25.000 Besuche
- **Gruppenchat:** 85 Sitzungen
- **Einzelchat:** 176 Sitzungen
- **Erhebliche Varianz bzgl. Beeinträchtigung**
- **Klarer Zusammenhang zwischen individueller Beeinträchtigung und Nutzung der Module**

# ProYouth - Forschungsschwerpunkte (laufend)

## 1) Effekte der Intervention auf:

- Einstellungen zur Hilfesuche
- Inanspruchnahme regulärer Versorgungsangebote
- Stigmatisierung von Essstörungen

## 2) Implementierung und Dissemination:

- Wie erfolgreich sind unterschiedliche Disseminationsstrategien?  
(→ Kosten und Reichweite verschiedener Strategien)  
(Moessner et al., subm.)
- Aufwand/Kosten der dauerhaften Bereitstellung?  
(Minarik et al., 2013)



Fazit -

## Prävention / Frühintervention mittels E-Mental Health

- Scham, Angst vor Stigmatisierung und mangelndes Wissen sind bei Jugendlichen verbreitet und erschweren die Inanspruchnahme professioneller Hilfe.
- Bedarf an gezielten niedrigschwelligen Informations- und Unterstützungsangeboten ist evident.
- Online-Portale versprechen frühe(re) Unterstützung.
- Vermittlung in die Regelversorgung als zentraler Bestandteil.
- Kombination von automatisierten Modulen und persönlicher Unterstützung erlaubt das Ansprechen großer Stichproben.
- Forschung bzgl. Implementierung und Dissemination ist essentiell.



## 4. Fazit



## E-Mental Health Interventionen...

- sollten basierend auf spezifischen Herausforderungen in der Versorgung konzipiert werden
- ermöglichen eine Ergänzung der Regelversorgung.
- versprechen Verbesserung der Versorgungskontinuität; Überbrückung von Schnittstellen, Erleichterung des Zugangs zu professioneller Unterstützung.
- erlauben durch Monitoring eine frühe Identifikation von Krankheitsepisoden → zeitnahes Reagieren möglich.
- können möglicherweise die Passung zwischen Unterstützungsbedarf und präventivem / therapeutischem Angebot verbessern.

(Bauer & Moessner, 2013)

## Einsatzmöglichkeiten in Ergänzung zur Routineversorgung:

- Nachstationäre Betreuung
- Prävention und frühe Vermittlung in Behandlung
- Therapievorbereitung
- langfristiges Krankheitsmanagement
- Unterstützung für unterversorgte Gruppen (z.B. Angehörige)
- Steigerung der Compliance/Teilnahmebereitschaft an bewährten Interventionen

→ Zentrale Frage:

Wie kann man E-Mental Health und die reguläre Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?



Danke für die Aufmerksamkeit!

[stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de](mailto:stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de)

# Webbasierte Interventionen für Suchtkranke: Beispiele, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse

*Dipl.-Psych. Dr. H. P. Tossmann*

# **Webbasierte Interventionen für Suchtkranke: Beispiele, Erfahrungen, Evaluationsergebnisse**

**Dr. Peter Tossmann**

delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und  
Projektentwicklung mbH, Berlin

**Psychotherapie online: Ein Konzept der Zukunft?**

Psychotherapeutenkammer Berlin, 10. Mai 2014

# Struktur des Vortrags

**Studienlage:** Webbasierte Interventionen für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen

- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Cannabiskonsum

**Struktur und Inhalte** eines webbasierten Interventionsprogramms zum Ausstieg aus dem Cannabiskonsum: **Quit the Shit**

**Erfahrungen und Evaluationsergebnisse** zu **Quit the Shit**

# Webbasierte Interventionen zum Ausstieg aus dem **Rauchen**

Bisher **sieben** Reviews bzw. Metaanalysen, aktuell....

Civiljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A., & Car, J. (2013).  
**Internet-based interventions for smoking cessation.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).

- 28 Einzelstudien (RCT)
- Stichprobengröße 150 - 12.000
- Lebensalter 16-57 Jahre
- Alle Programme datenbankbasiert
- Sehr starke Variation der Interventionen
- Signifikante Effekte derartiger Programme, aber...
  - ... nur für Erwachsene
  - ... kurze Nachbefragungszeiträume
  - ... hohe Dropout-Raten

# Webbasierte Interventionen zur Reduktion des **Alkoholkonsums**

Bisher **drei** Reviews bzw. Metaanalysen zu **vollautomatischen** Programmen, aktuell....

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., et al. (2010). **Online Alcohol Interventions: A Systematic Review**. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5).

➔ **17 RCT-Studien**

Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K., et al. (2011). **Effectiveness of E-Self-help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking: A Meta-analysis**. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2).

➔ **9 RCT-Studien**



# Webbasierte Interventionen zur Reduktion des **Alkoholkonsums**

## Wichtigste Ergebnisse:

- Häufigste Zielgruppe: Studierende
- Überwiegend Kurzinterventionen & Psychoedukation
- kurzfristig überwiegend **geringe bis moderate Effekte**
- je interaktiver & komplexer das Programm, desto besser das Outcome!
- Werden strukturierte Programme durch **professionelle personal-kommunikative** Maßnahmen ergänzt (z. B. Chatberatung) können stärkere und nachhaltigere Effekte erzielt werden (Blankers, Koeter, & Schippers, 2011).

# Webbasierte Interventionen für **Cannabisabhängige**

Bisher **eine** Metaanalyse....

Tait, R. J., Spijkerman, R., & Riper, H. (2013). **Internet and computer based interventions for cannabis use: A meta-analysis.** *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 295-304.

... umfasste **zehn Studien** (RCT) mit N=4.124

...unter anderem das Programm „**Quit the Shit**“

Tossmann, H. P., Jonas, B., Tensil, M. D., Lang, P., & Strüber, E. (2011). **A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users.** *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 14(11), 673-679.



Anbieter:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA
Einbindung:	<a href="http://www.drugcom.de">www.drugcom.de</a>
Zielgruppe:	Cannabiskonsumentinnen -konsumenten
Programmziel:	Ausstieg oder Reduktion
Programmstart:	August 2004
Art des Programms:	webbasierte individuelle Beratung
Programmdauer:	50 Tage
Teilnehmer/innen :	ca. 5.000; 40-60 Aufnahmen pro Monat



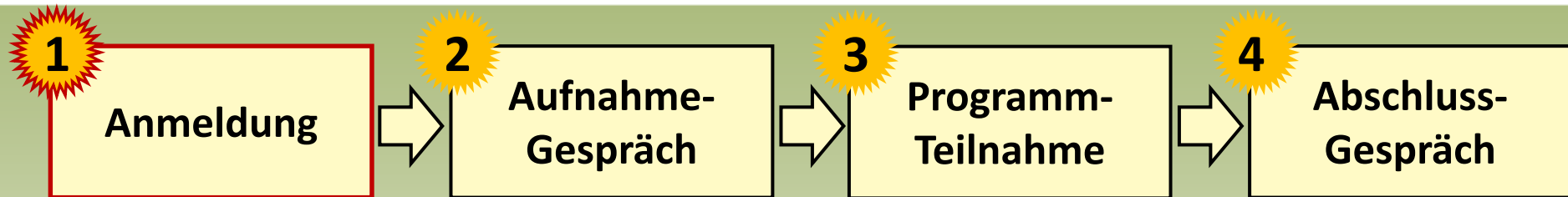
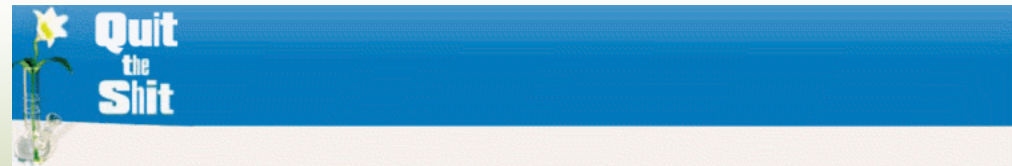
# Theoretische Grundlagen des Programms

## Lerntheorie / Verhaltenstherapie

(*Kanfer, 1986*): Monitoring des eigenen Verhaltens, Selbstregulation als Ressource zur Verhaltensänderung

Motivierende Gesprächsführung (*Miller & Rollnick, 2004*)

# Programmstruktur



## Anmeldung

- Einstiegsfragebogen (ca. 20 min)
  - Angaben zum Drogenkonsumverhalten
  - Daten zur psychischen Gesundheit
  - Änderungsbereitschaft
  - Soziodemografische Daten
- Registrierung mit (anonymer) Mailadresse
- Terminreservierung für das Aufnahmegespräch



# Quit the Shit

drugcom.de

- DAS PROGRAMM ▾
- WISSENSWERTES ▾
- FAQ ▾
- FORUM ▾
- USERBERICHTE ▾
- ANMELDUNG →
- LOGIN ▾

HOME > ANMELDUNG



## 1. Wie häufig hast du in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert?

Bitte wählen... ▾

## 2. Wenn du die letzten 7 Tage betrachtest, wie oft hast du gekifft? Trage bitte pro Tag ein, wie häufig du Cannabis geraucht hast (Anzahl Joints, Bongs etc.). Wenn du nicht gekifft hast, trage 0 ein.

Tag:	Do 1.5	Fr 2.5	Sa 3.5	So 4.5	Mo 5.5	Di 6.5	Mi 7.5 (gestern)
Joints	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Bongs	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
andere Konsumarten: <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

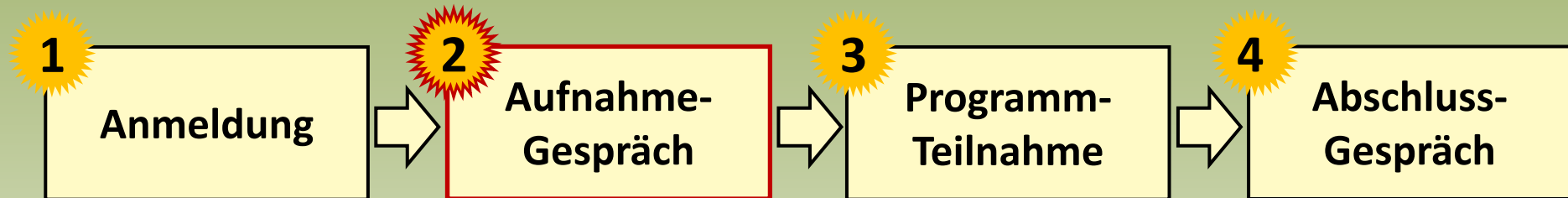
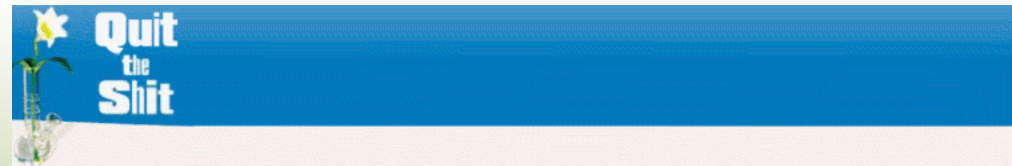
## 3. Denke bitte an einen aktuell typischen Tag: Wann konsumierst du da Cannabis?

- Ich konsumiere zurzeit kein Cannabis.
- morgens nach dem Aufstehen
- tagsüber
- abends

## Fallbeispiel: Jack Pot

Einstiegsdaten	
Alter	28 Jahre
Schulbildung	Mittlere Reife
Beruf	Servicetechniker
Konsumtage im letzten Monat	30
Konsummenge pro Monat	20-25 Gramm
Cannabisabhängigkeit F12.2	SDS 13 von 15 Punkten
Bisherige Inanspruchnahme spez. Hilfen	nein

# Programmstruktur



## Chat-basiertes Aufnahmegespräch

- Dauer ca. 50 min
- Beraterinnen: Dipl. Psychologinnen / Dipl. Pädagogin
- Ziele
  - Beziehungsaufbau
  - Abklärung der individuellen Situation / Anamnese
  - Formulierung von Zielen & Bewältigungsstrategien



Hallo Tester\_X2! Willkommen im Raum „qts-Lounge“.

17:36:56 Nick betritt den Raum.  
17:37:04 Reglinde (Berater/in): guten morgen, schön dass du da bist! wie geht es dir heute?  
17:38:13 Nick: danke es geht mir gut!  
17:38:23 Reglinde (Berater/in): denkst du denn, dass es sinnvoll war, hier an programm teilzunehmen?  
17:39:33 Nick: ja, das schon, ich habe mir erstmal seit langem wirklich gedanken über meinen konsum gemacht und gehe anders an die sache heran  
17:39:42 Reglinde (Berater/in): prima! was genau?  
17:40:55 Nick: ich mache mir jedes mal gedanken ob es "sinnvoll" ist einen zu rauchen. ich versuche auch bei konsum so gering wie möglich zu halten und dann vielleicht irgendwann ganz nein sagen zu können. momentan schaffe ich es noch nicht komplett aufzuhören  
17:47:04 Reglinde (Berater/in): ich finde du hast schon eine stärke geschafft in den vergangenheiten. vielleicht du auch bewusst geworden, welche auswirkungen das alles auf deine stimmung hat?  
17:48:12 Nick: das stimmt, meine stimmung wird dadurch konflikte mit mir selbst. ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann. aber ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann.  
17:48:12 Nick: das stimmt, meine stimmung wird dadurch konflikte mit mir selbst. ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann. aber ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann.

#### Informationen

📍 Aktueller Raum: qts-Lounge

🕒 Sie sind seit 20:04:22 im Chat

1 über im Chat-Raum:

👤 Tester\_X2

Hallo Tester\_X2! Willkommen im Raum „qts-Lounge“.

17:36:56 Nick betritt den Raum.

17:37:04 Reglinde (Berater/in): guten morgen.

17:38:13 Nick: danke es geht mir gut!

17:38:23 Reglinde (Berater/in): denkst du denn, dass es sinnvoll war, hier an programm teilzunehmen?

17:39:33 Nick: ja, das schon, ich habe mir erstmal seit langem wirklich gedanken über meinen konsum gemacht und gehe anders an die sache heran

17:39:42 Reglinde (Berater/in): prima! was genau?

17:40:55 Nick: ich mache mir jedes mal gedanken ob es "sinnvoll" ist einen zu rauchen. ich versuche auch bei konsum so gering wie möglich zu halten und dann vielleicht irgendwann ganz nein sagen zu können. momentan schaffe ich es noch nicht komplett aufzuhören

17:47:04 Reglinde (Berater/in): ich finde du hast schon eine stärke geschafft in den vergangenheiten. vielleicht du auch bewusst geworden, welche auswirkungen das alles auf deine stimmung hat?

17:48:12 Nick: das stimmt, meine stimmung wird dadurch konflikte mit mir selbst. ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann. aber ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann.

17:48:12 Nick: das stimmt, meine stimmung wird dadurch konflikte mit mir selbst. ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann. aber ich finde es auch ein bisschen schade, dass ich nicht mehr rauchen kann.

## Auszug aus dem Aufnahme-Chat

**QTS-Evi:** Du sagst du hast schon mehrmals versucht, mit dem Kiffen aufzuhören .... Woran ist das immer gescheitert?

**Jack Pot:** na an mir is das gescheitert, also daran, dass ich einfach nicht klar gekommen bin ohne zu kiffen. Hab dann immer die krassen Ausraster gekriegt, hab rumgebrüllt und so... und am Ende hab ich halt wieder einen geraucht.

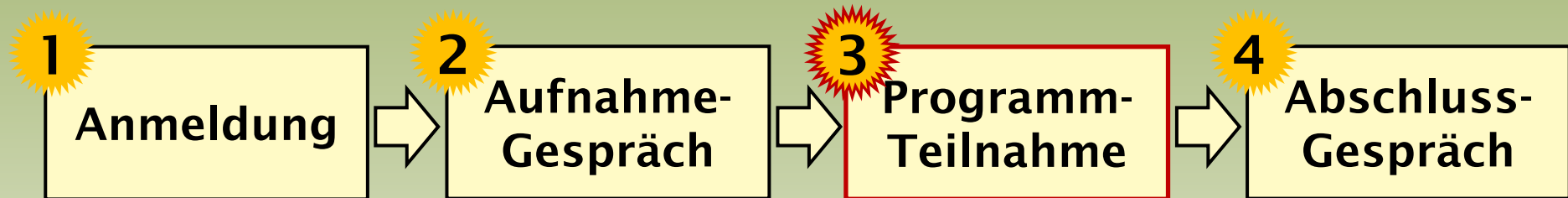
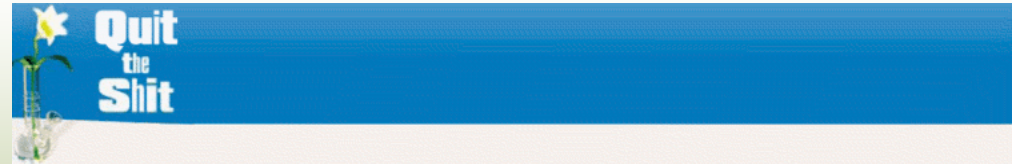
**QTS-Evi:** Das waren immer Situationen, in denen du deine schlechte Stimmung nicht mehr aushalten konntest oder wolltest.

**Jack Pot:** Genau. Wobei es meisten nicht einfach nur schlechte Stimmungen sind....es ist so, dass ich mich manchmal einfach nicht ausstehen kann und außerdem bin ich dann auch zu anderen ganz übel.

**QTS-Evi:** Gibt es da jemanden bestimmtes?

**Jack Pot:** Ja zum Beispiel meine Ex-Freundin. Die wollte zwar auch immer, dass ich aufhöre, rannte dann aber immer weg, wenn ich so drauf war.

# Programmstruktur



## Online-Tagebuch über sieben Wochen (I)

- Wurde am betreffenden Tag Cannabis konsumiert?  
→ abhängig von der Antwort werden zusätzliche Informationen erfragt



Hallo tester\_16042012!

MEIN QUIT THE SHIT →

MEIN ZIEL

MEIN 50-TAGEBUCH

MEINE ÜBUNGEN

BENUTZERDATEN ▾

LOGOUT ▾

DAS PROGRAMM ▾

WISSENSWERTES ▾

FAQ ▾

FORUM ▾

USERBERICHTE ▾

KONTAKT ▾

HOME > MEIN QUIT THE SHIT > MEIN 50-TAGEBUCH > TAGESANSICHT



MEIN QUIT THE SHIT

Benutzername: tester\_16042012

LOGOUT

### MEIN KONSUM PROTOKOLL

Fülle bitte für jede Konsumphase eine Zeile aus. Wenn du z. B. mittags und abends jeweils einen Joint geraucht hast, füllst du zwei Zeilen aus. Hast du mehrmals hintereinander gekifft, so zählt das als eine Konsumphase. In diesem Fall reicht eine Zeile.

Montag, 16. April 2012

Uhrzeit	Art und Menge	Mit wem und wo?	Warum? Was war der Auslöser?
---------	---------------	-----------------	------------------------------

00:00	1 Joints	sdfasdf	asdfasd
-------	----------	---------	---------

▶ ändern

▶ löschen

[Konsum eintragen \(neue Zeile\)](#)

### RESÜMEE DES TAGES:

Wie bewertest du den heutigen Tag im Hinblick auf deinen Cannabiskonsum? Was ist dir heute gut gelungen? Was lief nicht so optimal? Denke dabei an dein persönliches Ziel.

a sdfasd fasdf

Was nimmst du dir für morgen vor? Setze dir für den nächsten Tag eine Aufgabe bzw. ein Kleinziel. (Beispiel: nicht kiffen, etwas erledigen, eine schöne Unternehmung etc.)

asdfasdf

SPEICHERN UND ZURÜCK ZUR ÜBERSICHT

SPEICHERN UND WEITER ZU MEINEN RISIKOSITUATIONEN

Mi

07.08.13

nicht  
gekifft

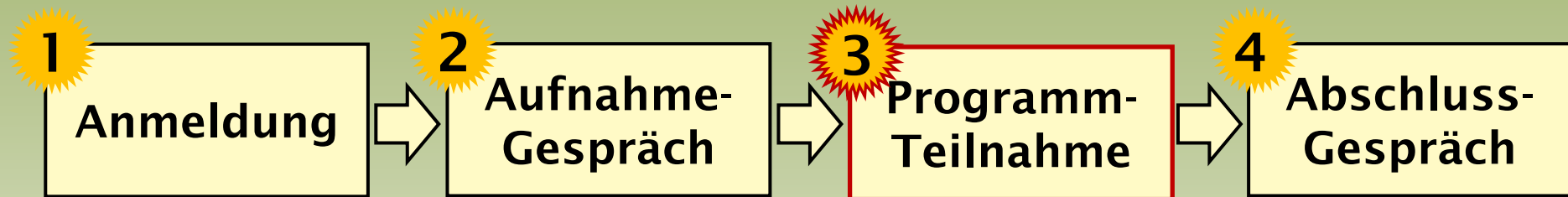
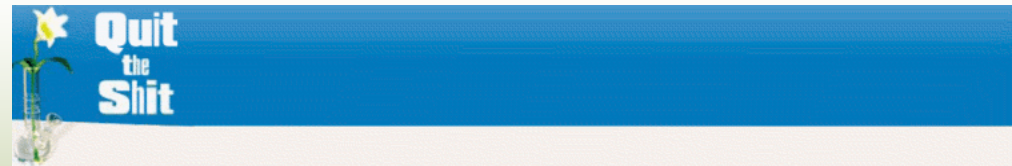
### **Resumee des Tages**

- Shoppen in Düsseldorf ohne Probleme, einkaufen ist ne gute Ablenkung.
- viele hübsche Frauen gesehen - auf dem Rückweg enormes Craving gehabt, Ursache: Lust auf Sex
- wieder zuhause, neu gekaufte Laufschuhe getestet - joggen gewesen
- anschließend n Film geguckt
- zwischendurch mit dem besagten Mädchen geschrieben, es hatte mich traurig gemacht das sie so kalt ist und Desinteresse zeigt, das lässt mich an der ganzen Sache Zweifel, es zermürbt mich nicht zu wissen ob es nochmal was werden kann. Stütze mich auf aussagen wie" wichtig ist das du aufgehört hast, alles andere ist erstmal egal"
- momentan fehlt es an Zuneigung!

### **Kleinziel bzw. Aufgabe für den nächsten Tag**

- Arzt besuch Belastungs-EKG
- Wäsche für die Reise waschen und abends Joggen gehen

# Programmstruktur




## Online-Tagebuch über sieben Wochen (II)

- Wöchentliche Rückmeldung durch das Beratungsteam
  - zum Konsumverhalten, zur psychosozialen Situation, zum Beratungsprozess
  - Ideen, Vorschläge & Aufgaben
  - Beantwortung spezifischer Fragen

Quit the Shit – Mein Konsum x

ceres.liwa.de/qts/user/tagebuch.do



# Quit the Shit

drugcom.de

Hallo delphitest\_11!

HOME > MEIN QUIT THE SHIT > MEIN KONSUM-TAGEBUCH

**MEIN QUIT THE SHIT**

Benutzername: delphitest\_11 LOGOUT

**MEIN KONSUM-TAGEBUCH**

Das Tagebuch dient dazu, alle Dinge, die mit dem Kiffen zusammenhängen, täglich zu notieren. Auch oder gerade wenn du nicht gekiffst hast, sind Einträge sinnvoll. Vielleicht hast du es geschafft, in einer Situation, in der du normalerweise kiffst, zu widerstehen. Es kommt nicht darauf an, unbedingt jeden Tag etwas einzutragen, aber jeder Tag, der im Zusammenhang mit dem Kiffen für dich von Bedeutung ist, sollte in diesem Tagebuch festgehalten werden.

Trage bitte zunächst ein, ob du gekiffst hast. Das Tagebuch wird automatisch in die Tagesansicht wechseln.

WOCHENANSICHT << vorherige Woche Tag 8 - 14 nächste Woche >>

Wochentag	Fr 04/04	Sa 05/04	So 06/04	Mo 07/04	Di 08/04	Mi 09/04	Do 10/04
Hast du gekiffst?	ja	nein	ja nein	ja nein	ja nein		
Meine Aktivitäten dieser Woche	Joggen, Fitnessstudio, Ins Museum oder eine Ausstellung gehen Mein Resümee der Woche						
Rückmeldung deiner Beraterin/deines Beraters	Noch keine Rückmeldung vorhanden						

- >> weitere Hinweise zur Bearbeitung des Tagebuchs
- >> gesamtes Tagebuch als PDF ausgeben
- >> Konsumverlauf in Grafik anschauen

WOCHENANSICHT	<< vorherige Woche			Tag 8 - 14		nächste Woche >>	
Wochentag	Fr 13/07	Sa 14/07	So 15/07	Mo 16/07	Di 17/07	Mi 18/07	Do 19/07
Hast du gekifft?	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja
Meine Aktivitäten dieser Woche	Joggen, Neue Rezepte ausprobieren Mein Resümee der Woche						
Rückmeldung	Lieber Jack Pot,						

.....

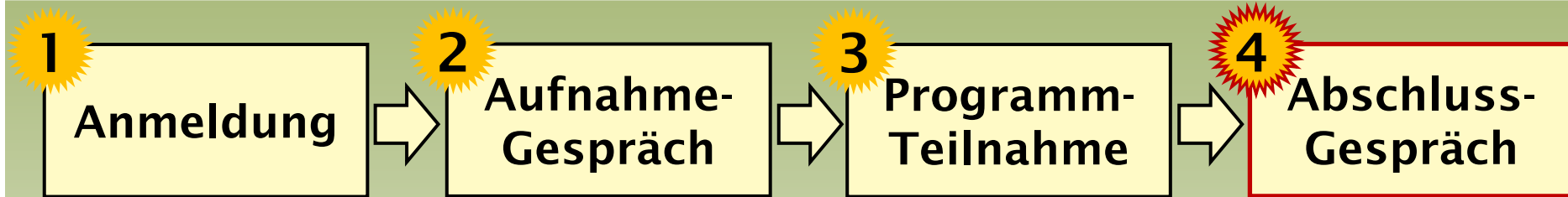
Beim Lesen deines Tagebuchs der letzten Woche ist mir zum einen aufgefallen, wie diszipliniert du an deinem Ziel der Cannabisabstinenz festhältst. Und es scheint sich bisher ja gelohnt zu haben 😊

Ich hatte aber auch den Eindruck, dass du in der letzten Woche etwas geduldiger mit dir selbst warst. So bist du zwar darüber enttäuscht, dass Isabell dich „nur als Kumpel“ und nicht als Liebespartner sieht, aber ich habe in deinem Tagebuch auch gelesen, dass du dir sicher bist, „demnächst schon die passende Frau“ kennen lernen zu können.

.....



# Programmstruktur



## Abschlussgespräch im Chat (30 min)

- Welche Programmziele wurden erreicht, welche nicht?
- Welche Strategien funktionieren, welche Situationen sind immer noch schwierig?
- Perspektiven: Ist weitere Unterstützung zu empfehlen?

# “Quit the Shit“-Standorte

- Seit 2006 Kooperation mit ausgewählten kommunalen Beratungsstellen
- Qualitätssicherung: Monitoring der fachlichen Arbeit in den Beratungsstellen durch BZgA



**Quit the Shit**

# Wen erreichen wir mit dem Programm?

## Soziodemografische Daten (letzte 12 Monate)

- ca. 2/3 männliche Teilnehmer (68,2%)
- Durchschnittsalter: **25,9** Jahre (SD=6,7)
- Vergleichsweise hohes Bildungsniveau: **54%** der TN besuchen das Gymnasium oder haben Abitur

## → Vergleich:

## Soziodemografische Daten „Realize it“ – Teilnehmer/-innen\*

- 83% männliche Teilnehmer
- Durchschnittsalter: **21,9** Jahre (SD=5,5)
- **18%** der TN besuchen das Gymnasium oder haben Abitur

\* 1.4.2008-31.3.2009; n=824



# Wen erreichen wir mit dem Programm?

## **Cannabis: Konsum & Abhängigkeit (letzte 12 Monate)**

- Durchschnittlich an 25,0 der letzten 30 Tage (SD=6,9)
- Durchschnittliche Konsummenge 22,9 Gramm während der letzten 30 Tage (SD=26,2)
- Cannabis-Abhängigkeit liegt 83,2% der TN vor (DSM IV)

## **→ Vergleich:**

## **Cannabis: Konsum & Abhängigkeit „Realize it“ – Teilnehmer/-innen**

- Durchschnittlich an 18,8 der letzten 30 Tage (SD=10,1)
- Durchschnittliche Konsummenge 18,1 Gramm während der letzten 30 Tage (SD=20,2)
- Cannabis-Abhängigkeit liegt 89,1% der TN vor (DSM IV)



# Was erreichen wir mit dem Programm?

## Haltequote des Programms

**39%** haben die gesamten 50 Tage teilgenommen,  
61% beendeten das Programm vorzeitig.

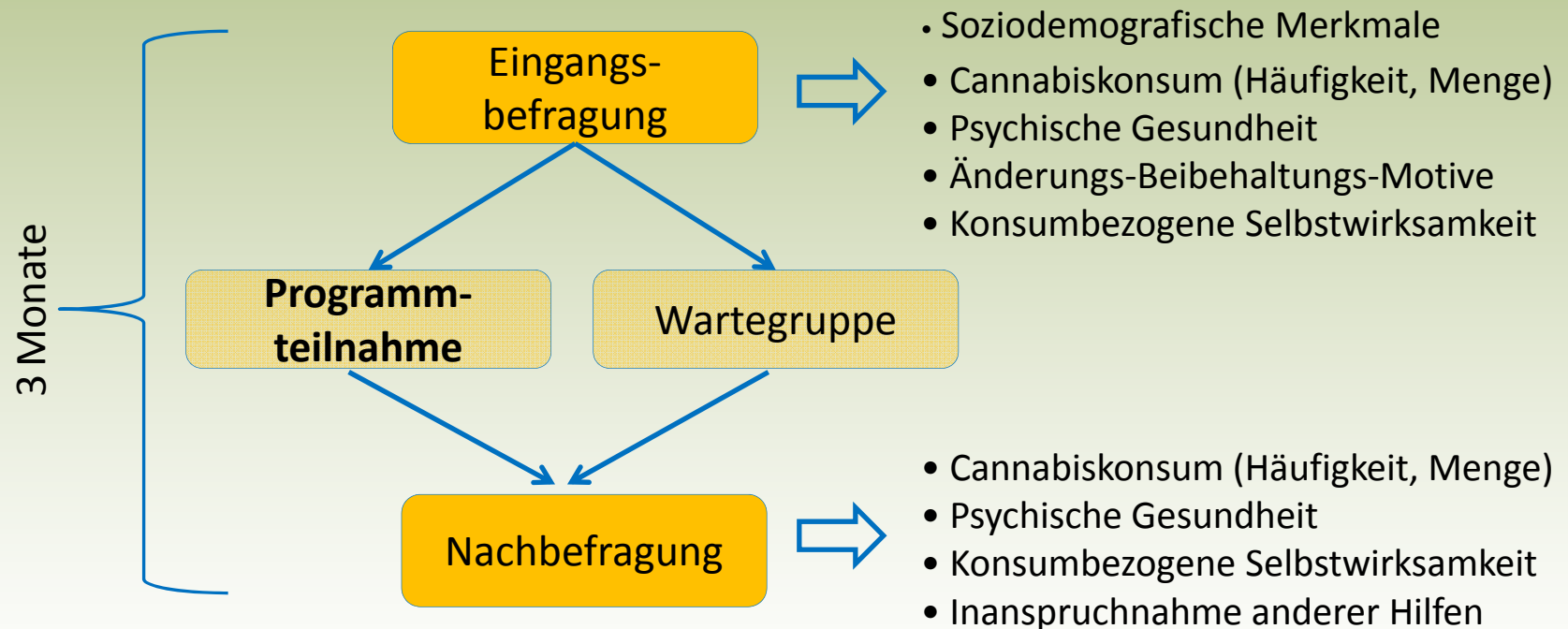
→ **Vergleich:** Abbruchquote unter Klientinnen und Klienten  
des ambulanten Beratungsprogramms „Realize it“ 58%\*

\*Regulärer Abschluss: fünf Termine in 10 Wochen



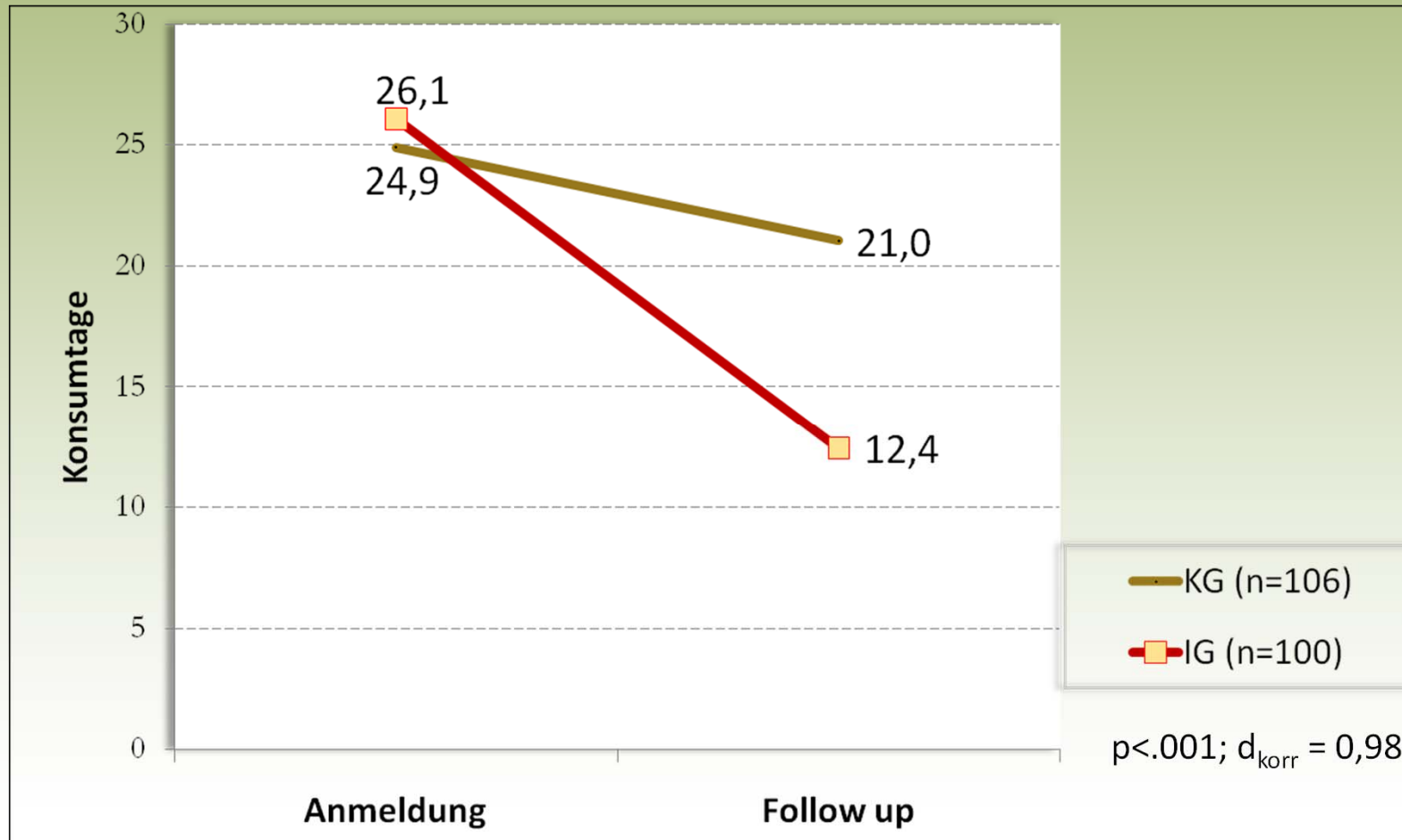
# Was erreichen wir mit dem Programm?

## Evaluation von „quit the shit“ (n=206) : Struktur der Studie



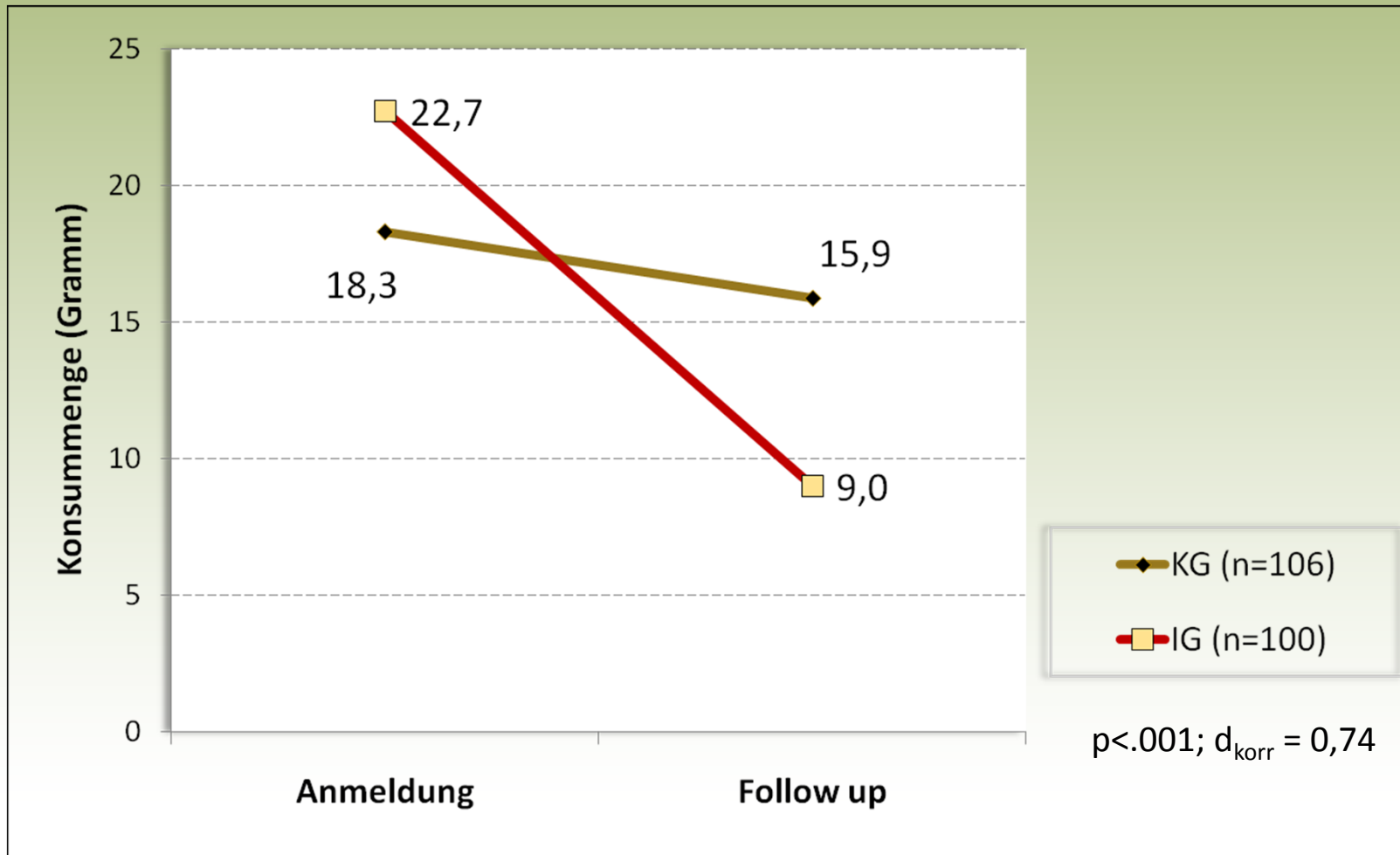
# Was erreichen wir mit dem Programm?

Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen



# Was erreichen wir mit dem Programm?

Menge Cannabis in den letzten 30 Tagen (Gramm)





## Zusammenfassung der Ergebnisse\*:

---

- Teilnahme bei QTS hilft, den Cannabiskonsum zu reduzieren oder diesen einzustellen
- Die Intervention führt zu einer signifikanten Verbesserung des psychischen Wohlbefindens
- Mit dem Programm wird u.a. ein Personenkreis angesprochen, der durch die etablierten Einrichtungen nicht erreicht wird.

\**Quelle*: Tossmann, H. P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P. & Strüber, E. (2011). A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users . *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14 (11), 673-679.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Peter Tossmann, delphi

[tossmann@delphi-gesellschaft.de](mailto:tossmann@delphi-gesellschaft.de)

# Klinisch-psychologische Interventionen im Internet: Zentrale forschungs- und praxisrelevante Fragen

*Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. habil. Christiane Eichenberg*

---

# **Klinisch-psychologische Interventionen im Internet**

## **Zentrale forschungs- und praxisrelevante Fragen**

Christiane Eichenberg

Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

**Psychotherapie online- ein Konzept der Zukunft?  
Berlin, 10.05.2014**

---

# Übersicht

---

**E-Mental-Health:** Nutzung moderner Medien in Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychosozialer Probleme sowie psychosomatischer und psychischer Störungen.

## Psychische Gesundheit und Internet

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet
2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung



## Übersicht: Zentrale Fragen

---

### 1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

#### Versorgungsforschung:

- *Wie groß ist die Bereitschaft der Bevölkerung, sich im Bedarfsfall medienunterstützt beraten und behandeln zu lassen?*
  
- *Wie groß ist die Bereitschaft von therapeutischen Berufsgruppen, moderne Medien in die Behandlung einzubinden?*

# Übersicht: Zentrale Fragen

---

## 1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

### Wirksamkeitsforschung:

- *Welche modernen Medien sind in welchen klinisch-psycholog. Tätigkeitsfeldern bei welchen Störungen und Problemen, in welcher Erkrankungsphase und bei welchen Patienten als Interventionsmittel sinnvoll?*

Spektrum: Internet (Gesundheitsbezogene Informationen, Online-Prävention, -Beratung/-Therapie/-Rehabilitation); mobile Medien, Virtual Reality usw.

### Prozessforschung:

- *Wie wirkt z.B. Online-Beratung? Bewirken im Vergleich zum traditionellen Setting dieselben oder andere Wirkmechanismen Veränderungen?*
- *Wie verändern moderne Medien die traditionelle Behandler-Patient-Beziehung?*

## Übersicht: Zentrale Fragen

---

### 2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung

#### Internetassoziierte psychische Störungen und Probleme:

- Exzessive Nutzung (z.B. Cybersexsucht, Online-Gambling)
- Dysfunktionale Nutzung (z.B. „Cyberchondrie“?; Selbstmedikation)
- Deviante Nutzung (z.B. Cybermobbing; sexuelle Gewalt)
- Selbstschädigende Nutzung (z.B. sog. „extreme communities“: Suizid-, Pro-Ana-, SVV-Foren)



## Ausgewählte Studien

---

### 1. **Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet**

- **Wirksamkeitsforschung:**

1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen
2. Online-Beratung
3. Internetbasierte Interventionsprogramme
4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen

- **Versorgungsforschung:**

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

## Ausgewählte Studien

---

### 1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- **Wirksamkeitsforschung:**

1. **Gesundheitsbezogene Online-Informationen**

2. Online-Beratung

3. Internetbasierte Interventionsprogramme

4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen

- **Versorgungsforschung:**

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

# 1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen

---

Internationale Studien zur Qualität von Websites mit **medizinischen** Inhalten...

- **Qualitätsmängel** für eine Reihe von Erkrankungen belegt: u.a.  
Brustkrebs (*Ream et al., 2009*)  
Zöliakie (*England & Nicholls, 2004*)  
chronische Schmerzstörung (*Concoran et al., 2009*)  
sexuelle Hypoaktivität bei Frauen (*Touchet et al., 2007*)  
Bandscheibenvorfall (*Morr et al., 2010*)

... und zu **psychischen Störungen**:

- **Qualitätsmängel** für eine Reihe von Erkrankungen belegt: u.a.  
Angststörungen (*Ipser et al., 2007*)  
Bipolare Störungen (*Barnes et al., 2009*)  
Suizidalität (*Jorm et al., 2009*)  
Suchterkrankungen (*für Alkohol s. Khazaal et al., 2010; für Drogen s. Khazaal, 2008*)  
Selbsthilfe-Websites zu unterschiedlichen psychiatr. Erkrankungen nach DSM-IV  
(*Godin et al., 2005*)
- sehr vereinzelte Studien kamen zu positiveren Befunden:  
z.B. Depression (*Zermatten et al., 2010; Ferreira-Lay & Miller, 2008*)

## Exemplarische Studie: Qualität von PTBS- Websites

---

### 1. Bremner et al. (2006): Analyse von $N= 72$ der am häufigst besuchten PTBS-Websites

#### Ergebnis:

- 42% der untersuchten Homepages enthielten fehlerhafte Informationen oder waren unvollständig
- 6% beinhalteten gar gefährliche Falschinformationen
- 41% der Websites wurde von Laien publiziert
- Inhaltsqualität insgesamt:  $M= 4$  ( $SD= 2$ ) (Skala: 1-10)

### 2. Mansell et al. (2009): Analyse von $N= 54$ der am häufigst besuchten PTBS-Websites

#### Ergebnis:

- 42% von Pharmaunternehmen sponsored
- 42% der Websites, die von Pharmaunternehmen unterhalten oder gesponsert werden, waren mit signifikant mehr Hinweisen zu Psychopharmakotherapie als zu Psychotherapie ausgestattet.

## Exemplarische Studie: Qualität von PTBS- Websites

---

### Eigene Studie: Qualität deutschsprachiger PTBS-Websites

- Google: Recherche nach **Informationsangeboten zu PTBS** (61.900 Websites)
- $N = 20$  ausgewählt für die Analyse, Rating durch 2 unabhängige Kodierer
- Bewertung anhand eines **inhaltsanalytischen Kategoriensystems mit 17 Dimensionen**, die 3 Oberkategorien zugeordnet wurden:
  1. Hintergrundinformationen, 2. Inhalt, 3. Design & Extras der Website
- **Kriterien für die Qualität von Websites**: in Anlehnung an die Kriterien der evidenzbasierten Patienteninformationen und für die Bewertung von medizinischen Websites sowie den PTBS-Patienten-Leitlinien des AMWF

Eichenberg, C., Blokus, G. & Malberg, D. (2013). Evidenzbasierte Patienteninformationen im Internet: Eine Studie zur Qualität von Websites zur Posttraumatische Belastungsstörung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 4, 263-271.

# Ergebnisse

---

## 2. Kategorie: Inhalt

- **Quellenangaben:** 60% der Websites
- **Expertenstatus:** 65% der identifizierbaren Autoren
- **Aktualität:** Update innerhalb der letzten 3 Monate: 15% der Websites
- **Aktueller Forschungsstand:** 60% der Websites
- **Behandlungsansätze:** 50% der Websites ausgewogene Darstellung
- **Psychotherapieansätze:** 25% der Websites ausgewogene Darstellung; ausschließliche Erwähnung kognitiv-behavioraler Ansätze dominiert
- **Relevanz für Zielgruppe:**  $M= 6,05$  ( $SD= 2,37$ ) (1: sehr gering; 10: sehr hoch)
- **Allgemeine Qualität:**  $M= 5,60$  ( $SD= 2,21$ ) (1: sehr gering; 10: sehr hoch)
- **Falschinformationen:** 20% der Websites *ungefährliche*, keine Website beinhaltete *gefährliche* Falschinformationen

## Ausgewählte Studien

---

### 1. **Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet**

- **Wirksamkeitsforschung:**

1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen

- 2. Online-Beratung**

3. Internetbasierte Interventionsprogramme

4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen

- **Versorgungsforschung:**

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

# Wirkt Online-Beratung?

Eichenberg, C. (2007). Online-Sexualberatung: Wirksamkeit und Wirkweise. Evaluation eines Pro Familia-Angebots. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 3, 247-262.

Eichenberg, C. & Aden, J. (in Druck). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung: Multimethodale Evaluation eines E-Mail-Beratungsangebotes bei Partnerschaftskonflikten und psychosozialen Krisen. *Psychotherapeut*.



## 2. Online-Beratung

sextra®

[Anmelden](#) | [RSS-Feed](#) | [Datenschutzerklärung](#) | [Seite drucken](#)

pro familia  
Onlineberatung



[Startseite](#)  
[Beratung](#)  
[Informationen](#)  
[Fun](#)  
[Dialogforum](#)  
[Mitgliederseite](#)

> [Startseite](#)

### pro familia SEXTRA

#### Onlineberatung und Info!

Das pro familia SEXTRA Projekt ist ein Angebot für Jugendliche und Erwachsene, das Mitte der 1990iger Jahre entstand. Eine Internetplattform die in Sachen Liebe, Freundschaft und Sexualität informieren, beraten und auch Spaß bieten soll. Dazu kann man in unserem [Forum](#) Gedanken austauschen.

Vielleicht kennen Sie uns ja schon und wissen, was wir Ihnen zu bieten haben? Dann brauchen Sie sicher schnell Antwort auf Ihre Fragen und wünschen eine [Online Beratung](#).

Oder Sie wünschen Informationen über unsere persönliche [Beratung im Lande](#). Übrigens die [häufigsten Fragen](#) zum Thema Sex haben wir für Sie/Dich unter SEXTRA aufgeschrieben. Ist Ihre/Deine auch dabei?

Also einfach Mut haben, auch wenn es Ihnen peinlich erscheint. Fragen Sie uns direkt hier oder wenden Sie sich an eine unserer Beratungsstellen. Suchen Sie schon lange ein richtig informatives Buch über Sex und alles, was noch dazugehört? Unsere [Buchtipps](#) helfen Ihnen weiter!



[Anal-Sex](#) / [Beraterbilder](#) / [Beratung](#) / [Intimirasur](#) / [keine Lust](#) / [Onanieren](#) / [Onlineberatung](#) / [Penis](#) / [Penisgröße](#) / [Pille](#) / [Schwangerschaft](#) / [Sex mit 13](#) / [Verhütung](#) / [vor Ort](#) / [zu früh kommen](#)

[www.sextra.de](http://www.sextra.de)



SEXTRA Mitgliederstand  
058.056

14

## 2. Online-Beratung

Katholische Bundeskonferenz  
für Ehe-, Familien- und Lebensberatung

**KBKEFL**  
immer gut beraten



# Warum sind wir noch zusammen?

Wer ist die KBK-EFL? | **Was wir für Sie tun können?** | KBK-EFL für Mitarbeiter | Service | Kontakt

Suchen

Kennen Sie das ...

FAQ

Wir bieten...

Beratungsstellen

Onlineberatung

> Startseite > Was wir für Sie tun können? > Onlineberatung > nach Diözesen

### Diözesen mit Onlineberatungsangebot

Bitte wählen Sie die Region in Ihrer Nähe aus. Mit Klick auf einen Markierungspunkt gelangen Sie zu weiteren Informationen.



## 2. Online-Beratung

---

### Evaluation von [sextra.de](http://sextra.de)



#### 1. Fragestellung

- **Charakteristika der Ratsuchenden:** Welche soziodemografischen Merkmale kennzeichnet das Klientel der E-Mail-Beratung?
- **Motive u. Erwartungen der Ratsuchenden:** Warum u. mit welchen Erwartungen wird eine E-Mail-Beratung in Anspruch genommen?
- **Erleben der medienspezifischen Besonderheiten der Beratungssituation:** Wie werden die internetspezifischen Besonderheiten im Beratungsprozess erlebt? Wie gelingt die Beziehungsgestaltung zw. Berater u. Ratsuchendem?
- **Evaluation der Beratung:** Wie effektiv ist die Online-Beratung aus Sicht der Ratsuchenden u. nach objektiven Kriterien?

## 2. Online-Beratung

---

### 2. Methode

- **Grundgesamtheit:** Ratsuchende, die in einem Zeitraum von 5 Monaten eine Anfrage an die E-Mail-Beratung „sextra“ stellten
- **Untersuchungsdesign:** webbasierter Fragebogen
  1. Vorbefragung: Motive für E-Mail-Beratung; psych. Belastung
  2. Nachbefragung: Items entsprechend der Fragestellungen; psych. Belastung
- **Stichprobe:** Vorbefrag.:  $N= 338$ ; Nachbefrag.:  $N= 134$ ; Vor- u. Nachbefrag.:  $N= 79$
- **Geschlecht:** 66% weibl., 34% männl., **Alter:**  $M= 25,0$  ( $SD= 9,7$ , Range: 13-48 J.)
- **Psychische Belastung:** (nach den drei Skalen des BSI) im Vergleich zur Normstichprobe (Anteil psych. auffällig belasteter Ratsuchender in %)  
Unsicherheit: 64%    Depressivität: 69%    Ängstlichkeit: 54%    mind. 1 Skala: 82%

## 2. Online-Beratung

---

### 3. Ergebnisse: Motive der Ratsuchenden

Gründe für das Aufsuchen der E-Mail-Beratung (Mittelwerte in der Reihenfolge abnehmender Zustimmung) (Nachbefragung, n = 134)\*

	<i>M (SD)</i>
<i>Einfache und schnelle Erreichbarkeit</i>	3,5 (0,9)
<i>Anonymität</i>	3,0 (1,2)
<i>Möglichkeit, die Antwort mehrmals durchlesen zu können</i>	2,8 (1,2)
<i>Beim Schreiben mehr Zeit zum Überlegen zu haben als bei einem Gespräch</i>	2,6 (1,4)
<i>Unabhängig vom persönlichen Auftreten/Aussehen einen Rat zu erhalten</i>	2,5 (1,5)
<i>Persönliches ist besser schriftlich als mündlich zu formulieren</i>	2,3 (1,4)
<i>Bessere Kontrolle darüber, wie viel und was der Berater erfährt</i>	2,0 (1,4)
<i>Peinlichkeit, über dieses Problem mit jemandem persönlich zu sprechen</i>	1,9 (1,5)
<i>Zu starke Nervosität, um in einer persönlichen Beratung offen zu sprechen</i>	1,8 (1,6)
<i>Langer Anfahrtsweg, um eine Beratung persönlich aufzusuchen</i>	1,3 (1,4)
<i>Möchte wissen, wie eine E-Mail-Beratung abläuft</i>	1,0 (1,2)

\* Antworten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft vollkommen zu)

## 2. Online-Beratung

---

### 3. Ergebnisse: Medienspezifische Besonderheiten der Beratungssituation

Erleben des internetspezifischen Beratungssettings (Mittelwerte in der Reihenfolhmender Zustimmung) (Nachbefragung, n = 134)\*

---

	<i>M (SD)</i>
<i>Es fiel mir leicht, meine Gefühle schriftlich mitzuteilen.</i>	3,3 (0,9)
<i>Die räumliche Distanz zwischen dem Berater und mir erlebte ich positiv.</i>	2,3 (1,3)
<i>Hätte ich meinen Berater persönlich sprechen können, hätte ich ihm mehr erzählt.</i>	1,5 (1,5)
<i>Die schriftliche Beschreibung meines Problems war anstrengend.</i>	1,3 (1,2)
<i>Es kam zu mindestens einem Missverständnis zwischen dem Berater und mir, welches sich im persönlichen Kontakt wahrscheinlich nicht ergeben hätte.</i>	0,8 (1,2)
<i>Da ich meinen Berater nicht sehen konnte, fiel es mir schwer, ihm zu vertrauen.</i>	0,6 (0,9)

---

\* Antworten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft vollkommen zu)

## 2. Online-Beratung

### Erleben der Beratung

Erleben der Beratung (Mittelwerte in abnehmender Reihemfolge) (Nachbefragung, n = 134)

<i>Dimension des Erlebens*</i>	<i>M (SD)</i>
<b>Wie wurde der/ die Berater/ in erlebt?</b>	
<i>emfühlſam (4) vs. nicht emfühlſam (0)</i>	3,3 (1,2)
<i>Vertrauen erweckend (4) vs. nicht Vertrauen erweckend (0)</i>	3,1 (1,0)
<i>kompetent (4) vs. inkompetent (0)</i>	3,1 (1,0)
<i>verständnisvoll (4) vs. nicht verständnisvoll (0)</i>	3,1 (1,1)
<i>sympathisch (4) vs. unsympathisch (0)</i>	3,0 (1,0)
<b>Wie wurde die Interaktion mit Berater/ in erlebt?</b>	
<i>fühlte mich ernst genommen</i>	3,3 (1,0)
<i>fühlte mich vertrauensvoll behandelt</i>	3,0 (1,0)
<i>fühlte mich verstanden</i>	3,0 (1,1)
<i>fühlte mich gut aufgehoben</i>	2,7 (1,2)
<i>fühlte mich erleichtert</i>	2,3 (1,4)
<i>fühlte mich dem/ der Berater/ in nahe</i>	1,7 (1,1)
<b>Wie wurde die Antwort/ Intervention erlebt?</b>	
<i>tief gehend (4) vs. oberflächlich (0)</i>	2,8 (1,2)
<i>ausführlich (4) vs. knapp (0)</i>	2,6 (1,3)
<i>ausgewogen (4) vs. einseitig (0)</i>	2,5 (1,0)
<i>hilfreich (4) vs. nicht hilfreich (0)</i>	2,4 (1,3)
<i>persönlich (4) vs. unpersönlich (0)</i>	2,4 (1,1)
<i>informativ (4) vs. banal/ nichts sagend (0)</i>	2,4 (1,1)
<i>konkret (4) vs. unkonkret (0)</i>	2,2 (1,1)
<i>auf mein Thema eingehend (4) vs. das Thema verfehlend (0)</i>	1,9 (1,0)
<i>gut verständlich (4) vs. schwer verständlich (0)</i>	1,6 (0,8)

\* Antworten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft vollkommen zu)

## 2. Online-Beratung

---

### Beziehungsqualität im Online-Setting

***N = 99 Ratsuchenden der Online-Beratung KBK-EFL***

**Beziehungsqualität (HAQ) *Helping Alliance Questionnaire*** (Alexander & Luborsky, 1986)

- **Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratern** ist mit einem Summenwert von durchschnittlich 19 ( $SW = 19,4$ ;  $SD = 7,9$ ) (Cut-off-Wert:  $\geq 11$ ) **sehr positiv**
- Die **Beziehungszufriedenheit** ist mit einem Summenwert von 12 ( $SW = 12,3$ ;  $SD = 4,0$ ) (Cut-off-Wert:  $\geq 6$ ) **besonders hoch**
- Auch die **Erfolgswufriedenheit** ist als **positiv** anzusehen ( $SW = 3$ ;  $SD = 4,0$ ) (Cut-off-Wert:  $\geq 3$ )

*(vgl. auch Knaevelsrud & Maercker, 2006; Klasen, Böttche & Knaevelsrud, 2012)*



## 2. Online-Beratung

---

### Evaluation: subjektive Kriterien

1. Zufriedenheit mit der Beratung:  $M= 4,6$  ( $SD= 1,3$ ) (0: sehr unzufrieden bis 6: sehr zufrieden)
2. Bereitschaft, für die E-Mail-Beratung etwas zu bezahlen: Ein Drittel: 0 €, 25%: bis zu 5 €, weitere 25%: zw. 6-10 €, 17: noch mehr
3. Positive Veränderungen durch d. E-Mail-Beratung: 23% ja; 56% glaubten zukünftig

### Evaluation: objektive Kriterien

Vergleich der Symptombelastung auf den 3 Skalen des BSI: Vor- und Nachbefrag.:

- ➔ Die Befragten beschreiben sich nach der Online-Beratung als signifikant weniger depressiv ( $d= 0.39$ ) und ängstlich ( $d= 0.42$ ).
- ➔ Nach der Intervention sind deutlich weniger Ratsuchende als überdurchschnittlich belastet einzuschätzen.
- ➔ KBK-EFL: Effekte auch in 3 Monats-Katamnese stabil (Allg. Symptombelastung, GSI):
  - Verbesserung zwischen Vor- und Nachbefragung ( $p < .05$ )
  - Verbesserung zwischen Vorbefragung und Katamnese ( $p < .05$ )
  - Verbesserung zwischen Nachbefragung und Katamnese ( $p < .05$ )

---

## Ausgewählte Studien

### 1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- Wirksamkeitsforschung:

1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen

2. Online-Beratung

- 3. Internetbasierte Interventionsprogramme**

4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen

- Versorgungsforschung:

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

## Beispiel: HausMed PraxisCoach Depression

[www.hausmed.de/hausmedcoach/depression](http://www.hausmed.de/hausmedcoach/depression)

**Mein Coach**  
Depression verstehen

Woche 1 Erste Schritte bei Schwermut | **Woche 2 Depression verstehen** | Woche 3 Angenehmes im Alltag | Woche 4 Gedankenspiralen durchbrechen

**Mein HausMed**  
HausMed Coach > Kochstudio > Mein Profil > Mein Hausarzt >


**Meine Bilanz**  
Letzte Woche: 09.03.2011 - 15.03.2011  
Belinden | Aktivität

**Meine Aufgaben**  
Tagesprotokoll ausfüllen  
Angenehme Tätigkeiten planen  
Gedankenspiele spielen  
Eine Entspannungsübung ausprobieren  
Genussmomente planen

**Zusätzliche Materialien**  
Mein Buddy > Audio zum Anhören > Meine Vorlesung >

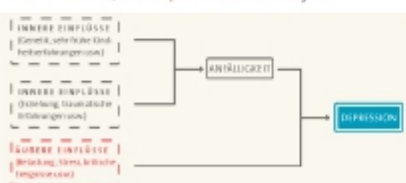
**Sind Sie zufrieden mit Ihrem Coach?**  
Empfehlung senden >

**Wie kommt es zu Depression?**  
Depression als Diagnose zu bekommen, kann einem schwer treffen. Man fühlt sich unsicher, es stellen sich viele Fragen. Was ist eine Depression? Wie entsteht sie? Unter welchen Umständen bleibt sie erhalten? Wie gehe ich damit um? Sich solche Fragen zu stellen ist natürlich und auch notwendig. Viele Menschen sind betroffen, und es gibt zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten. Das ist doch eine gute Nachricht!



Sie glauben, die Depression liegt daran, dass sich etwas Schlimmes ereignet hat. Negative Ereignisse können in der Tat eine Depression auslösen, doch es gibt auch weitere Einflüsse.

Wissenschaftler konnten feststellen, dass Depressionen hauptsächlich das Ergebnis innerer und äußerer Einflüsse sind. Auf der einen Seite stehen unsere Erfahrungen und geerbte Charakterzüge. Auf der anderen Seite muss ein äußerer Auslöser gegeben sein. Je ausgeprägter die inneren Einflüsse sind, desto kleiner kann der Stressor sein, der die Depression auslöst – und umgekehrt.



**Entstehung der Depression**

**Innere Einflüsse:** 1/7  
Es handelt es sich zum einen um genetische Veranlagung, zum anderen um erlernte Denk- und Verhaltensschemata. Mannde man beispielsweise als Kind besonders auf das Hände waschen nach dem Spaziergang achten, erhält das Händewaschen eine besondere Bedeutung. So ist es mit allen Verhaltensmassen, die wir uns mit der Zeit aneignen.

Diese Einflussfaktoren müssen nicht bei Ihnen vorhanden sein. Die Liste dient lediglich zum besseren Verständnis, wie eine Depression entstehen kann.

Startseite > Mein HausMed > Mein Coach > Aufgabe

**Mein Coach**  
Gedankenspiralen durchbrechen

Woche 1 Erste Schritte bei Schwermut | Woche 2 Depression verstehen | Woche 3 Angenehmes im Alltag | **Woche 4 Gedankenspiralen durchbrechen**

**Mein HausMed**  
HausMed Coach > Kochstudio > Mein Profil > Mein Hausarzt >

**Meine Bilanz**  
Letzte Woche: 09.03.2011 - 15.03.2011  
Belinden | Aktivität


**Meine Aufgaben**  
Tagesprotokoll ausfüllen  
Angenehme Tätigkeiten planen  
Gedankenspiele spielen  
Eine Entspannungsübung ausprobieren  
Genussmomente planen

**Zusätzliche Materialien**  
Mein Buddy > Audio zum Anhören > Meine Vorlesung >

**Sind Sie zufrieden mit Ihrem Coach?**  
Empfehlung senden >

**Negative Denkmuster bewältigen**  
Negative Gedanken hängen unmittelbar mit unserem Erleben zusammen. Diesen Teufelskreis zusammen mit dem Handeln gilt es zu durchbrechen. Es geht darum, neue Gedankenalternativen zuzulassen, um mit den Gedankenmustern, die häufig automatisch ablaufen, umgehen zu können. Hierzu ist es sinnvoll einzelne Situationen genauer zu analysieren, um geeignete Denkstrategien zu entwickeln.

**Ihre Aufgabe für diese Woche**  
Schrittweise Analyse negativer Gedanken und Gedankenspiele.



In der Wochenübersicht haben Sie erfahren, was Sie gegen depressive Denkmuster tun können. Es ist besonders wichtig, die belastenden Gedanken genau zu erfassen und Alternativen dazu aufzuschreiben. Sie gewinnen Sie Distanz. Aus der Distanz kann es leichter fallen, mit diesen Gedanken fertigzuwerden. Eine Übung, die nur im Kopf stattfindet, bringt deutlich weniger.

**Schritt 1:** Nehmen Sie sich also Zeit und schreiben Sie die Situationen auf, die Ihnen zu schaffen machen. Notieren Sie die Gefühle, die dabei entstehen. Bewerten Sie, wie intensiv Ihre Gefühle sind anhand einer Skala von 1 bis 100. Beschreiben Sie im nächsten Schritt die Gedanken, die Ihnen durch den Kopf gehen und benennen Sie diese. Schauen Sie dafür, wenn nötig, in Ihr Wochenheft, um sich gedankliche Verzerrungen vor Augen zu führen.

**Schritt 2:** Sobald Sie die vier Spalten ausgefüllt haben, gehen Sie den Gedanken auf den Grund und wenden Sie die Gedankenspiele an. Nachden Sie ein Gedankenspiel gemacht haben, schätzen Sie schließlich Ihre Gefühlslage mit der gleichen Skala ein. Mit dieser Zahl beobachten Sie ganz genau, wie die Intensität der Emotionen sich ändert.

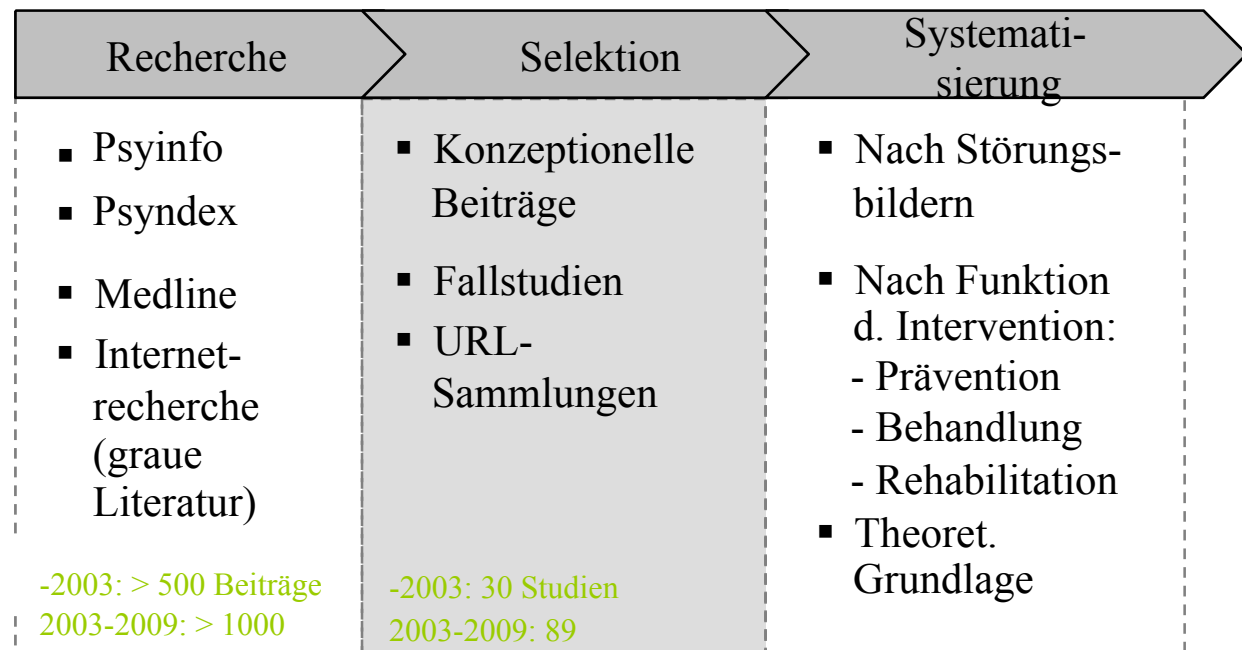
### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

#### Fragestellung

- Breites Angebot sowie hohe Nachfrage von *internetbasierten Interventionsprogr.*
- Jahrelange Diskrepanz zwischen Angebot und Effektivitätsnachweisen
- Analyse der aktuelle Studienlage (im Vergleich zu *Ott, 2003*)

#### Methode

- 3 Analyseschritte
- Suchbegriffe:  
„internet“, „therapy“,  
„counseling“,  
„psychotherapy“ etc.  
u. ihre deutschen  
Äquivalente



### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

#### Ergebnisse

- 2003

Störungsbilder	Intervention		
	Prävention	Behandlung	Rehabilitation
Angststörungen		4 (4)	
Depressive Störungen	1 (2)	1 (2)	
Esstörungen	4 (4)	1 (1)	
Adipositas		2 (2)	0 (1)
Posttraumatische Belastungsst.		2 (2)	
Substanzbezogene Störungen		3 (3)	
Verhaltensmedizinische Störungen		2 (2)	1 (2)
Psychische Probleme bei körperlichen Erkrankungen	1 (1)		4 (4)
<b>Gesamt</b>	<b>6 (7)</b>	<b>15 (16)</b>	<b>5 (7)</b>

86,7% der Studien:  
Nachweis positiver Effekte

Systematisierung der Studien nach Problembereichen u. Interventionsfunktion  
X (Y), X= Anzahl der Studien mit Wirksamkeitsnachweis, Y= Gesamtanzahl der Studien

### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

#### Ergebnisse

2003-2009

Störungsbilder	Intervention		
	Prävention	Behandlung	Rehabilitation
Angststörungen	1 (1)	18 (19)	
Depressive Störungen	3 (4)	11 (13)	
Esstörungen	9 (9)	3 (3)	
Adipositas	1 (1)	6 (6)	0 (1)
Posttraumatische Belastungsst.		5 (5)	
Substanzbezogene Störungen	1 (1)	12 (13)	
Verhaltensmedizinische Störungen		7 (7)	1 (2)
Psych. Probl. bei körperl. Erkrankungen	1 (1)	0 (1)	4 (4)
Abnorme Gewohn. u. Stör. Impulskontrolle	1 (1)	1 (2)	
Schlafstörungen		1 (1)	
Sonstige Problembereiche	1 (1)	4 (4)	2 (2)
<b>Gesamt</b>	<b>17 (19)</b>	<b>68 (73)</b>	<b>7 (9)</b>

91,0% der Studien:  
Nachweis positiver Effekte

Systematisierung der Studien nach Problembereichen u. Interventionsfunktion  
X (Y), X= Anzahl der Studien mit Wirksamkeitsnachweis, Y= Gesamtanzahl der Studien

### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

---

#### Ergebnisse

<i>Ott(-2003)</i>	<i>Eichenberg &amp; Ott(2003-2009)</i>
Datenbank-Recherche: ➤➤ 500 Beiträge insgesamt ➤➤ 30 StudiennachAusschluss	Datenbank-Recherche: ➤➤ 1000 Beiträge insgesamt ➤➤ 89 StudiennachAusschluss
53,3%: Behandlung 23,3%: Prävention 23,3%: Rehabilitation	71,9%: Behandlung 19,1%: Prävention 9,0%: Rehabilitation
86,7% dieser Studien konnten positive Effektenachweisen	91,0% dieser Studien konnten positive Effektenachweisen
<b>73,3% aller Studien: VTu.KBT basierte Interventionsprogramme</b>	<b>83,2% aller Studien: VTu.KBT basierte Interventionsprogramme</b>

## Ausgewählte Studien

---

### 1. **Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet**

- **Wirksamkeitsforschung:**

1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen

2. Online-Beratung

3. Internetbasierte Interventionsprogramme

- 4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen**

- **Versorgungsforschung:**

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung



## 4. Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

---

# Sind Virtuelle Realitäten als technische Anwendungen in der Psychotherapie effektiv?

Eichenberg, C. & Wolters, C. (2012).

[Virtual Realities in the treatment of mental disorders: A Review of the current state of research. In C. Eichenberg \(ed.\), \*Virtual Reality\* \(pp. 35-64\). Rijeka, Croatia: InTech.](#)

## 4. Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

---

- Virtual-Reality-Technologien (VR) ermöglichen, computerbasierte Modelle der realen Welt zu erstellen, mit denen mittels Maschine-Mensch-Schnittstelle interagiert werden kann

Einsatzgebiete: Automobilindustrie / Produktentwicklung, Ergonomie, Militär, Spiele-Industrie, Medizin

virtuelle Reize können reale Ängste auslösen, die von physiologischen Symptomen wie erhöhtem Blutdruck und Schwitzen begleitet werden

Bsp.: (Filmausschnitt, Universität Groningen)

[www.rug.nl/cit/hpcv/VR\\_visualisation/Treatment\\_of\\_Anxiety/fobiebehandeling](http://www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/Treatment_of_Anxiety/fobiebehandeling)

### **Anwendung in der Psychotherapie:**

VR als Mittelweg zwischen in vivo- und in sensu-Konfrontation



## 4. Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

---

### Metaanalyse: Parsons & Rizzo (2008)

#### Methode

- $N= 21$  Evaluationsstudien ( $N= 300$  Probanden)
- Einschlusskriterium: Pre-Post-Messung, kontrolliertes Studiendesign nicht erforderlich

#### Ergebnisse: Symptomreduktion

- Mittlere Effektstärke:  $M= .95$
- Panikstörung mit Agoraphobie:  $M= 1.79$
- Flugangst:  $M= 1.59$
- Soziale Phobie:  $M= .96$
- Höhenangst:  $M= .93$
- Spinnenphobie:  $M= .92$
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):  $M= .87$

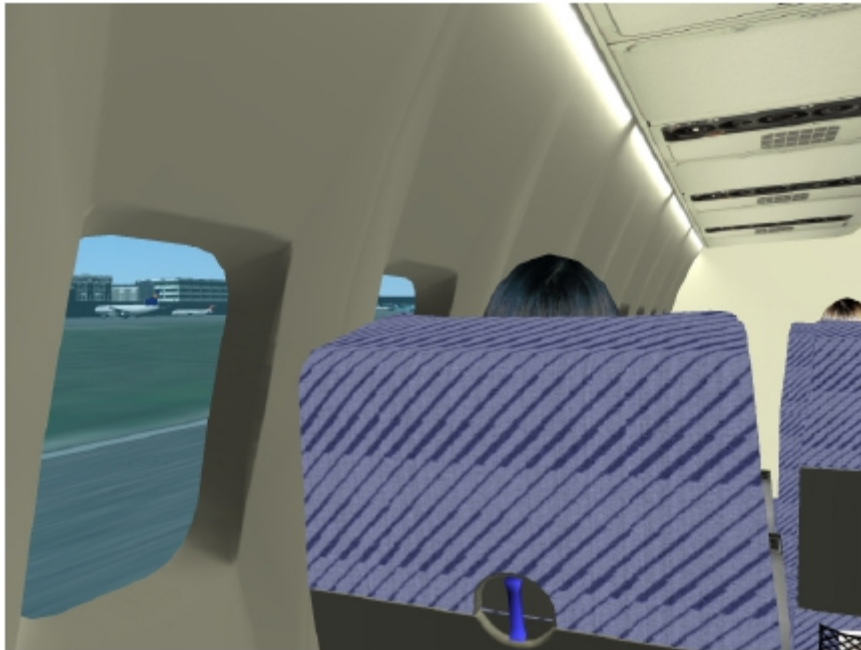
Parsons, T.D. & Rizzo, A.A. (2008). Affective Outcomes of Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety and Specific Phobias: A Meta-Analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250-261.

## Exemplarische Studien zu Flugangst

---

### Vorteile der Behandlung von Flugangst mit Hilfe einer VR

- geringerer logistischer und finanzieller Aufwand im Vergleich zu in vivo-Konfrontation
- Privatheit und Vertraulichkeit im Gegensatz zur Exposition während eines regulären Linienflugs
- Möglichkeit, Exposition auf einfache Art und Weise zu wiederholen



### Mühlberger et al. (2006)

- belegten Effektivität VR-gestützter Behandlungsformen in Studienserie
- selbst die Kurzzeit-VR-Expositionstherapie mit nur 1 Sitzung langfristig wirksam
- Teilnahme an einem Anschlussflug für den langfristigen Therapieerfolg wichtig, wobei Begleitung durch einen Therap. wenig Einfluss hatte

Mühlberger, A., Weik, A., Pauli, P. & Wiedemann, G. (2006). One-session virtual reality exposure treatment for fear of flying: 1-Year follow-up and graduation flight accompaniment effects. *Psychotherapy Research* 16(1), 26-40.

## Exemplarische Studien zu Spinnenphobie

---

### Fallbeispiel (aus Carlin et al., 1997)

Mrs. M. (37 J.) litt seit 20 Jahren unter Spinnenphobie, die ihr alltägliches Leben stark beeinträchtigte. Bevor sie morgens mit dem Auto zur Arbeit fuhr, suchte sie es nach Spinnen ab, versprühte Pestizide und ließ bei geschlossenen Fenstern eine brennende Zigarette im Aschenbecher des Autos, weil sie hörte, dass Spinnen keinen Qualm mögen. Bevor sie zu Bett ging, stopfte sie den Türschlitz ihres Schlafzimmers mit Handtüchern aus; das Fenster des Schlafzimmers hatte sie an den Kanten mit Klebeband abgedichtet, um sicher zu gehen, dass keine Spinnen ins Zimmer gelangen. Aus demselben Grund verpackte sie nach dem Wäschewaschen jedes einzelne Kleidungsstück in Plastiktüten.

Carlin, A.S., Hoffmann, H.G. & Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case study. *Behaviour Research and Therapie*, 35, 153-158.

## Exemplarische Studien zu Spinnenphobie

---

Die Pat. erhielt 12 VR-Sitzungen à 60 Minuten innerhalb von 3 Monaten. Vor der 1. Sitzung wurde sie in mehreren Stunden mit Fotos von Spinnen und anschließend mit Plastikmodellen konfrontiert. Die Pat. war trotz dieser vorbereitender Expositionen immer noch extrem phobisch. Der Therapeut sah den Vorteil der VR-Exposition in der Möglichkeit den angstmachenden Stimulus stärker zu kontrollieren: Virtuelle Spinnen gehorchen Kommandos und können ohne Gefahr angefasst werden und in bestimmte Positionen gebracht werden.

Während der ersten VR-Sitzungen erlebte Mrs. M. 2 virtuelle Spinnen – eine große braune und eine kleinere schwarze – in einer simulierten Küche. Nach einem Monat (5. Sitzung) wurde die visuelle Simulation einer der Spinnen an eine mit Fell beklebte Spielzeugspinne gekoppelt. Diese Spielzeugspinne trug einen Sensor, so dass eine Bewegung des Spielzeugs auch eine Bewegung der virtuellen Spinne bewirkte („tactile augmentation“). Die Zunahme von einem taktilen Reiz sollte zu einem maximalen Grad von Präsenz und damit zu einem maximalen Transfer auf die „wirkliche Welt“ beitragen.

## Exemplarische Studien zu Spinnenphobie

---

Diese Kombination von taktilen u. visuellen Reizen löste heftige Angstreaktionen aus. Physische Symptome wie Mundtrockenheit, unkontrolliertes Schütteln der Hände, Beine und Schweißausbrüche traten auf.

Nach Beendigung der Therapie zeigte sich eine merkliche Angstreduktion.

Während sie zu Beginn der VR-Sitzungen ihre erlebte Angst bei der kombinierten visuell-taktilen Konfrontation auf einer Skala von 1-10 auf 7,9 einstuft, gab sie am Ende nur noch einen Level von 3 an u. zeigte keine physischen Symptome mehr. Im Vergleich zu 280 Studenten, die ebenso wie Mrs. M. eine Skala zur Messung des Ausmaßes von Spinnenphobie ausfüllten, hatten 29% eine gleich hohe oder höhere Angst vor Spinnen wie die Patientin.



## Exemplarische Studien zu Spinnenphobien

---

- kontrollierte Untersuchungen belegten die Wirksamkeit von VR-gestützter Therapie bei Spinnenphobie ebenfalls (z.B. Garcia-Palacios et al., 2002)
- VR-Behandlung, die taktile und visuelle Elemente kombiniert einsetzte, war dabei ggü. rein visuellen VR-Expositionen überlegen (Hoffmann et al., 2003).



Quelle:  
[www.rug.nl/cit/hpcv/VR\\_visualisation/  
Treatment\\_of\\_Anxiety/hond\\_in\\_CAVE\\_1\\_medium.jpg](http://www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/Treatment_of_Anxiety/hond_in_CAVE_1_medium.jpg)





# Exemplarische Studie zu PTBS

---

## Difede et al. (2006)

### Methode

- $N= 20$  Pat., die Terroranschlag auf World Trade Center in New York erleben musste, Kontrollierte Studie (EG-WL)
- 14 VR-Sitzungen, gradiert

Ein Jet fliegt über die WTC-Türme ohne Kollision. NYC-Geräusche.

Ein Jet über die WTC-Türme, trifft das Gebäude; keine Explosion.

Ein Jet über die WTC-Türme, kollidiert mit Explosion; ohne Soundeffekte.

Ein Jet über die WTC-Türme, kollidiert mit Explosion mit Explosionsgeräuschen.

Brennendes u. rauchende Gebäude (mit Loch, wo der Jet kollidierte), keine Schreie.

Brennende u. rauchendes Gebäude (mit Loch...) und Schreie.

Brennende u. rauchendes Gebäude (mit Loch...), Schreie und aus den Türmen springende Leute.

Der zweite Jet kollidiert in den zweiten Turm mit Explosion und Soundeffekten.

Der zweite Turm stürzt ein mit Staubwolke.

Der erste Turm stürzt ein mit Staubwolke.

Darbietung der ganzen Sequenz



Quelle: [www.hitl.washington.edu](http://www.hitl.washington.edu)

## 4. Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

---

Chancen	Grenzen/Gefahren
<p><b>Für den Patienten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhöht Bereitschaft sich überhaupt mit angstbesetzten Reizen auseinanderzusetzen</li> <li>▪ Privater Atmosphäre, geringer logistischer u. finanzieller Aufwand (Flugangst)</li> <li>▪ Für Pat. mit eingeschränkter Visualisierungsfähigkeit: VR fördert die Imagination der angstauslösenden Situationen</li> </ul>	<p><b>Für den Patienten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Simulatorkrankheit“</li> <li>▪ Gefahr einer erneuten Traumatisierung: wenn spezifisches VR nicht die Traumatisierungssituation des Betroffenen genau abbildet</li> <li>▪ Gefahr einer Retraumatisierung bei fehlender Stabilisierung vor Konfrontation</li> <li>▪ Habituation an Krieg u. Gewalt: Ethik?!</li> </ul>
<p><b>Für den Therapeuten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expositionen sind in der Praxis möglich</li> <li>▪ Feinere Graduierungen in Abfolge u. Intensität möglich = Erleichterung der Therapie</li> <li>▪ Lernen am simulierten Fall</li> </ul>	<p><b>Für den Therapeuten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Technikbasierte Behandlung: stör anfällig</li> <li>▪ Teuer in der Anschaffung</li> <li>▪ Weiterbildung nötig</li> </ul>

## Ausgewählte Studien

---

### 1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- Wirksamkeitsforschung:

1. Gesundheitsbezogene Online-Informationen
2. Online-Beratung
3. Internetbasierte Interventionsprogramme
4. Virtuelle Realitäten-Anwendungen in laufenden Behandlungen

- Versorgungsforschung:

#### **1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung**

# Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

## Fragestellungen

### Internet als Informationsmedium

- Welche Medien werden als Informationsquelle bei Gesundheitsfragen genutzt?
- In welchem Ausmaß würde bei psychischer Belastung im Internet nach Informationen und Hilfe gesucht?

### Internet als Interventionsmedium

- Wie verbreitet ist die Nutzung psychologischer Onlineberatung in Deutschland, und wie zufrieden sind Personen, die sie bereits in Anspruch genommen haben?
- Wie viele Deutsche wissen bereits von der Möglichkeit, sich psychologisch im Netz beraten zu lassen, und wie hoch ist die allgemeine Nutzungsbereitschaft dafür?

### Medien in der Psychotherapie

- Wie groß ist die Bereitschaft, sich medienunterstützt behandeln zu lassen?

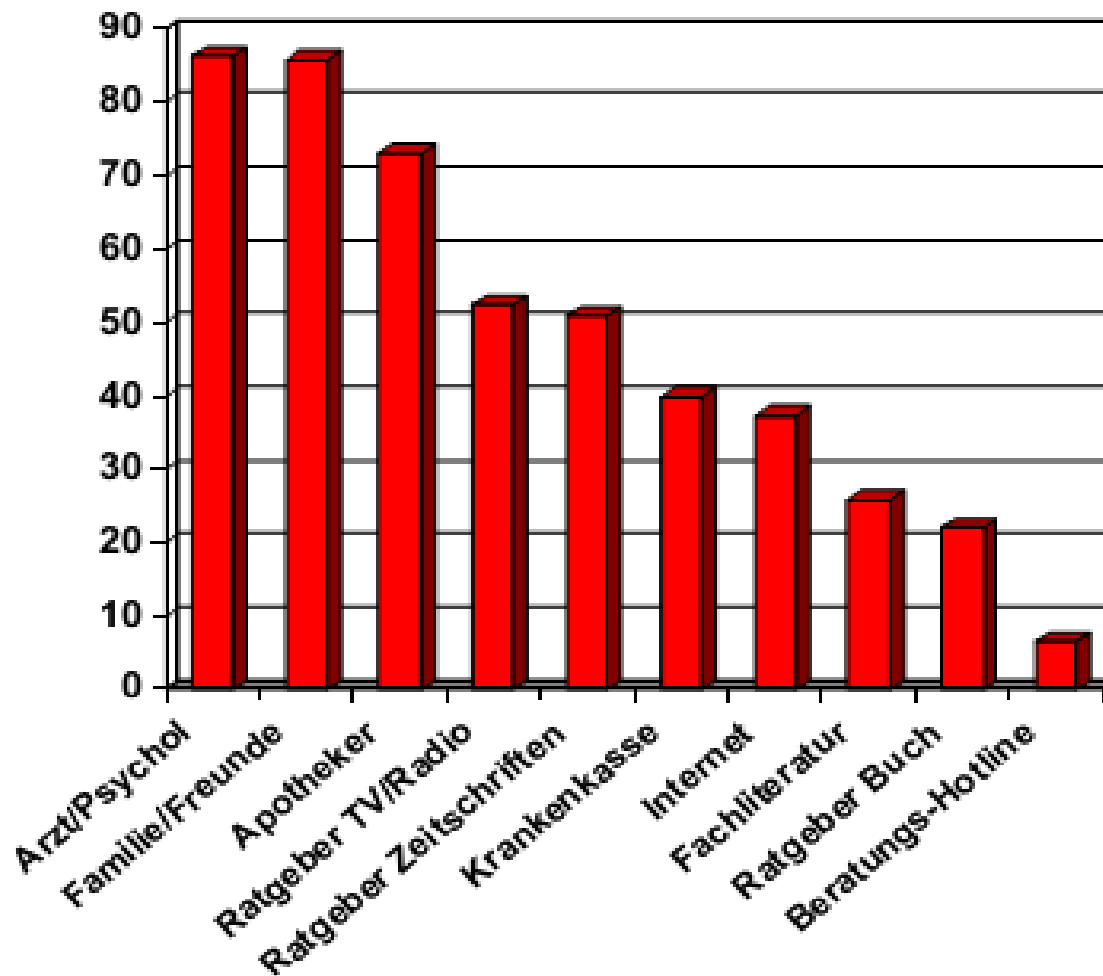
### Methode

- Repräsentative Befragung:  $N= 2.411$  Deutsche  
Alter:  $M= 51$  Jahre ( $SD= 18,6$ , Range: 14-90)  
Internetnutzer: 58,8%

# Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

## Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

- Welche Medien werden als Informationsquelle bei Gesundheitsfragen genutzt?



Bezugsbasis für Grafik:  
N= 2.411 Deutsche

Von den 1.413 **internet-**  
**nutzenden Deutschen**  
greifen aber **64,5%**  
bei Gesundheitsfragen auf  
das Internet zurück.

## Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

### Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

- In welchem Ausmaß würden Deutsche bei psychischer Belastung im Internet nach Informationen und Hilfe gesucht?

Bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ werden Folgeaussagen übersprungen	Alle Deutschen (N=2.411)	Alle dttsch. Internetnutzer (N=1413)
Das Internet wäre im Bedarfsfall eine Anlaufstelle für mich, um...	26,3%	43,7%
...nach <b>Informationen</b> über das Problem zu suchen	89,9% (N=635)	90,3% (N=618)
...mich mit anderen Menschen mit ähnlichen Problemen in einem <b>Forum</b> auszutauschen	40,5% (N=635)	40,8% (N=618)
...nach <b>psychologischen Tests</b> zu suchen, die mir dabei helfen, mein Problem besser einzuschätzen	28,0% (N=635)	28,2% (N=618)
...nach <b>Kontakt</b> Daten zu suchen, damit ich einen <b>Therapeuten persönlich</b> aufsuchen kann	30,6% (N=635)	30,6% (N=618)

## Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

### Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

- In welchem Ausmaß würde bei psychischer Belastung im Internet nach Informationen und Hilfe gesucht?

<b>Zusammenhang zw. der Inanspruchnahme des Internet im Bedarfsfall und soziodemografischen Faktoren</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Geschlecht</b>	<b>n.s.</b>
<b>Alter</b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>
<b>Familienstand</b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>
<b>Bildung</b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>
<b>Einkommen</b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>
<b>Stadt/Land</b>	<b>n.s.</b>
<b>Kirche</b>	<b>n.s.</b>
<b>Nutzungshäufigkeit des Internet</b>	<b><math>p &lt; .001</math></b>

# Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

## Ergebnisse: Internet als Interventionsmedium

- Wie verbreitet ist die Nutzung psychologischer Online-Beratung in Deutschland, und wie zufrieden sind Personen, die sie bereits in Anspruch genommen haben?
- Wie viele Deutsche wissen bereits von der Möglichkeit, sich psychologisch im Netz beraten zu lassen, u. wie hoch ist die allg. Nutzungsbereitschaft dafür?

<b>Haben Sie sich schon einmal im Internet psychologisch beraten lassen?</b>	<i>N=627*</i>
<b>Ja</b> <b>Zufriedenheit:</b> (1:sehrunzufrieden–5:sehrzufrieden)	2,2% <i>M=3,9(SD=0,7)</i>
<b>Nein, aber ich weiß von der Möglichkeit</b> <b>Nein, und von der Möglichkeit habe ich bisher auch nichts gewusst</b> <b>Wahrscheinlichkeit, sich im Bedarfsfall online beraten zu lassen</b> (1:sehrunwahrscheinlich–5:sehrwahrscheinlich)	43,7% 54,1% <i>M=2,8</i> <i>(SD=1,0)</i>

\*nur diejenigen, die angaben, dass das Internet im Bedarfsfall eine Anlaufstelle sei



# Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

## Ergebnisse: Medien in der Psychotherapie

- Wie hoch ist die Bereitschaft der Deutschen, verschiedene Formen medienassistierter Psychotherapie zu nutzen?



<b>Behandlungsmöglichkeiten um Angst zu überwinden</b> (1:sehrunwahrscheinlich–5:sehrwahrscheinlich)	<i>M(SD)</i> <i>N=2.411</i>	<i>M(SD)</i> <i>N</i>	<i>Sign.</i>
<b>Herkömmliche persönliche Psychotherapie</b>	3,4 (1,3)	3,4(1,3) <i>N=2.411</i>	
<b>Handygestützte Behandlung</b> (Co-Präsenz bei Expositionsübungen)	1,8 (1,0)	1,9(1,1) <i>N=1.816*</i>	<i>p&lt;.001</i>
<b>Virtuelle Realitäten</b> (z.B. Simulation von Flugsituation)	1,7 (1,0)	2,0(1,1) <i>N=1.412**</i>	<i>p&lt;.001</i>
<b>Internetgestützte Behandlung</b> (Protokollbasiert)	1,7 (1,0)	2,0(1,1) <i>N=1.408***</i>	<i>p&lt;.001</i>

\* nur Handynutzer    \*\* nur PC-Nutzer    \*\*\* nur Internetnutzer, die diese Frage beantworten

---

**HERZLICHEN DANK  
FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT!!**

**KONTAKT:**

**[www.christianeichenberg.de](http://www.christianeichenberg.de)**



# Ergebnisse

## 1. Kategorie: Hintergrundinformationen

- **Anbieter:** Privatwirtschaftl. Unternehmen: 25%; niedergelassene Praktiker: 25%, NGOs: 15%, Medienunternehmen: 10%, Kliniken: 10%, betroffene Laien: 10%, staatliche Institution: 5%
- **Interessenkonflikt:** kein Interessenkonflikt war zu verzeichnen
- **Absichtserklärung:** 85% der Websites
- **Disclaimer:** 95% der Websites

**direkte Hilfe**  
0800 588 7957

Startseite  
Kopf und Seele  
Prof. Seldler erklärt  
Filmporträt  
Was ist PTBS?  
Wie entsteht PTBS?  
Hilfe zur Hilfe  
Service

**Betroffenen helfen**  
05.05.2011

**Der PTBS-Beauftragte**

Brigadegeneral Christof Mündinger ist der Beauftragte des Verteidigungsministeriums für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte. Sein Ziel ist die Prävention, Betreuung und Behandlung erkrankter Soldaten weiter zu verbessern.

**Onlinetest ...**

Haben Sie Schlafstörungen oder Alpträume? Sind Sie schnell gereizt? Haben Sie Muskelverspannungen? Testen Sie selbst, ob bei Ihnen PTBS vorliegen könnte. Der anonyme Test ersetzt keine Diagnose. Er dient als Anhalt und kann Hinweise auf Stressbelastungen geben.

**Seelische Narben**

Die Medizin versteht unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung PTBS die Entstehung einer verzögerten Reaktion auf ein belastendes einmaliges oder wiederkehrendes negatives Erlebnis.

Ereignisse oder Situationen die von der Normalität abweichen, können derartige Reaktionen auslösen. Einmalig belastende Ereignisse finden wir beispielsweise als Zeuge oder Ersthelfer bei schweren Verkehrsunfällen oder eines Amoklaufs, wiederkehrende oder fortlaufende Ereignisse sind beispielsweise Folter, Mobbing, Missbrauch oder Kriege. Letzgenannte Ereignisse betreffen vor allem Soldaten. Während kriegerischer Auseinandersetzungen werden Soldaten immer wieder mit schweren Schicksalen, Verwundung und Tod konfrontiert.

## Diskussion

---

- **Qualität** der 20 deutschsprachigen Websites zu PTBS ist im **mittleren Bereich** einzustufen u. damit höher als in vielen angloamerikanischen Studien.
- **Transparenz** der Websites ist ebenso als gut zu bewerten.
- **(Ungefährliche) Falsch- bzw. Fehlinformationen** auf 20% der Websites und damit niedrigere Quote als in den anderen (PTBS-)Studien.
- **Darstellung der verschiedenen Psychotherapieansätze:** Unterpräsenz der psychodynamisch fundierten Traumatherapie gegenüber den kognitiv-behavioralen Ansätzen.
- **Ausblick:** Gütesiegel; aktive Mitgestaltung

# Online-Beratung

---

<b>VORTEILE</b>	<b>NACHTEILE</b>
Erreichbarkeit bestimmter <b>Zielgruppen</b>	<b>Ethische Probleme</b>
<b>Anonymität der Kommunikation-situation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subjektiv unverbindlichere Kontaktaufnahme</li> <li>▪ Erleichterte Kontaktaufnahme bei Schwellenängsten</li> <li>▪ Beschleunigte Selbstöffnung</li> </ul>	<b>klinische Diagnostik eingeschränkt</b>
<b>Asynchronizität der Kommunikation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine Terminabsprachen</li> <li>▪ „zone for reflection“</li> </ul>	<b>Asynchronizität der Kommunikation:</b> Auswirkungen auf Interventionskraft
<b>Archivierung/Editierung möglich</b>	<b>Negative Effekte der Archivierung</b>

### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme

---

#### Beispiel 2: Internet-Brücke

[www.chatgruppe.de/scheidegg/](http://www.chatgruppe.de/scheidegg/)

s. auch Projekte der Forschungsstelle Psychotherapie Heidelberg,

[www.klinikum.uni-heidelberg.de/FOST.128683.0.html](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/FOST.128683.0.html)

**Willkommen**  
auf der Homepage der "Chat-Brücke Scheidegg"

**Hintergrund zur Chat-Brücke**

Ziel dieses Projektes ist es, das Medium Internet für die Überbrückung der kritischen Zeit zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung im Sinne einer Erhaltungstherapie zu nutzen. Zu diesem Zweck wird den Patienten nach einer stationären Behandlung eine wöchentliche Online-Gruppe angeboten, die von erfahrenen Gruppentherapeuten begleitet wird.

**Wo finde ich was?**

Spezifische Informationen zum Projekt finden Sie unter **Informationen**.

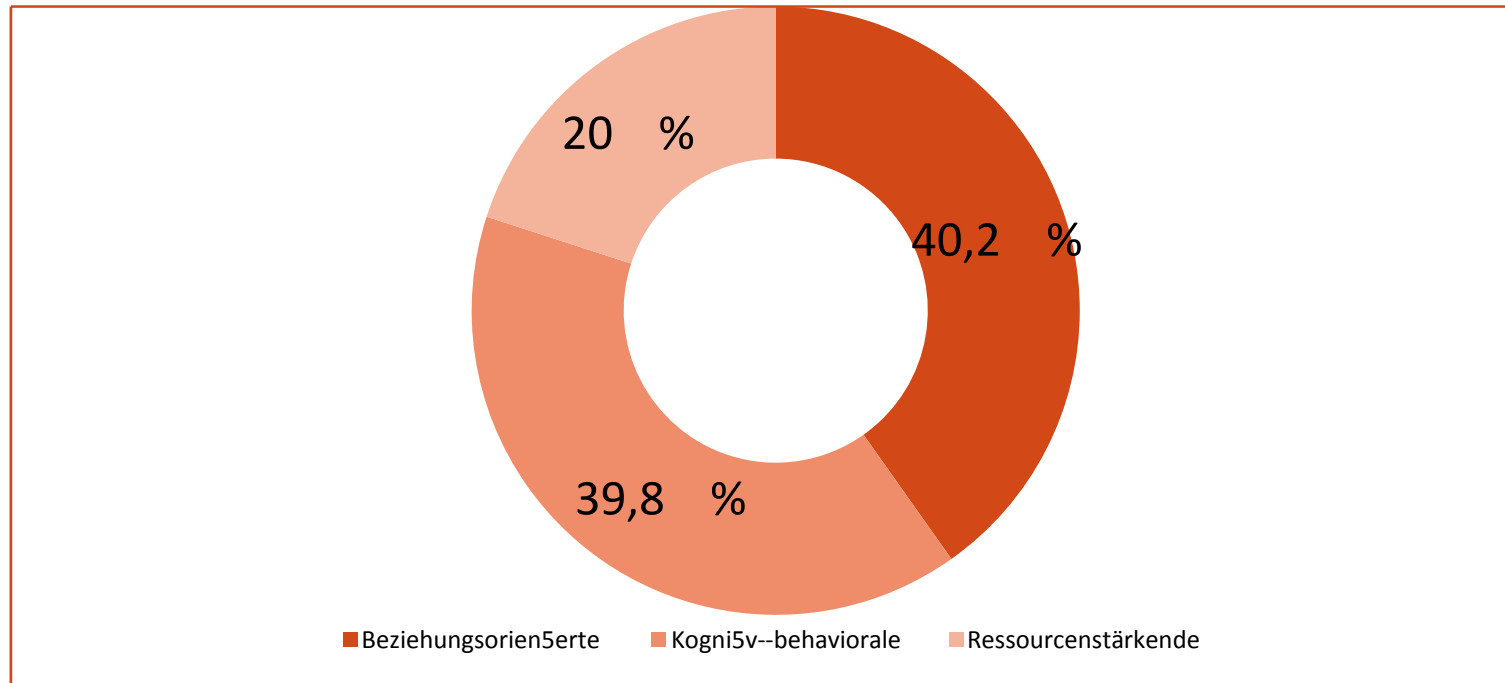
Die Rubrik **Hilfe** enthält zum einen eine Zusammenstellung von oft gestellten Fragen und den dazugehörigen Antworten und zum anderen **Anleitungen** zum herunterladen.

Um im Nachsorgeprogramm teilnehmen zu können, müssen Sie sich zunächst **anmelden**.

Bereits angemeldete Benutzer können via **Login** die geschützten Teilnehmerbereiche betreten.

Bei Fragen oder Problemen wenden Sie sich bitte unter **Kontakt** direkt an uns.

## Ergebnisse | Interventionsanalyse



### Beziehungsorientiert

- Spiegelung
- Deutung
- Feedback
- Empathische Äußerungen

### Kognitiv-Behaviora

- Informationen
- Ratschläge

### Ressourcenstärkend

- Lob
- Bekräftigung

## Ergebnisse | Interventionsanalyse

---

- Beratungen mit hoher Kontaktintensität: Häufung des Einsatzes der Interventionen „*Stärkung der Autonomie der Klienten*“ und „*Feedback/ Spiegelung/ Deutung*“ auf.
- Empathiestörungen: haben Einfluss auf die Symptombesserung
- Beratungen, die zu Besserung und Zufriedenheit führten: es lagen keine Empathiestörungen vor



## 2. Online-Beratung

---

### Fazit

- sextra ist effektiv: Überwiegend mittels Einmalinterventionen konnte eine deutliche Reduktion der psychischen Belastungen der Ratsuchenden erzielt werden.
- sextra erreicht ein spezifisches Beratungsklientel.
- Auch andere Projekte zeigen: Medien gestützte Minimalinterventionen können Versorgungslücken schließen:
  - via Selbsthilfebücher (s. *Eichenberg, 2008*)
  - via SMS (s. *Döring & Eichenberg, 2007*)
- Die Wirkfaktoren der Online-Beratung entsprechen jenen der „face-to-face“ -Beratung (vgl. *Knaevelsrud, & Maercker, 2006; Klasen, Böttche & Knaevelsrud, 2012* ).
- Dabei müssen die Interventionstechniken an die Besonderheiten der computervermittelten Kommunikation angepasst werden.

### 3. Internetbasierte Interventionsprogramme


---

#### Schlussfolgerung

- In fast allen Studien konnte die Effektivität von Online-Interventionsprogr. weiter nachgewiesen werden.
- Dabei muss der bekannte Publikationsbias berücksichtigt werden.
- Insgesamt wurde ein zunehmend breiteres Spektrum psych. Störungen abgedeckt.
- Große Spannbreite des Settings / Therapeutenbeteiligung (keine – minimal – ausschließlich)

#### Forschungsdiesiderate

- Erweiterung der Stichprobenauswahl (z.T. hoch selektive Stichproben)
- Evaluierung weiterer therapeutischer Ansätze und Störungsbilder
- Effekte der Medienunterstützung in laufenden Behandlungen: Untersuchung des Effekts auf Therapeuten- u. Patientenvariablen sowie auf die therapeut. Beziehung

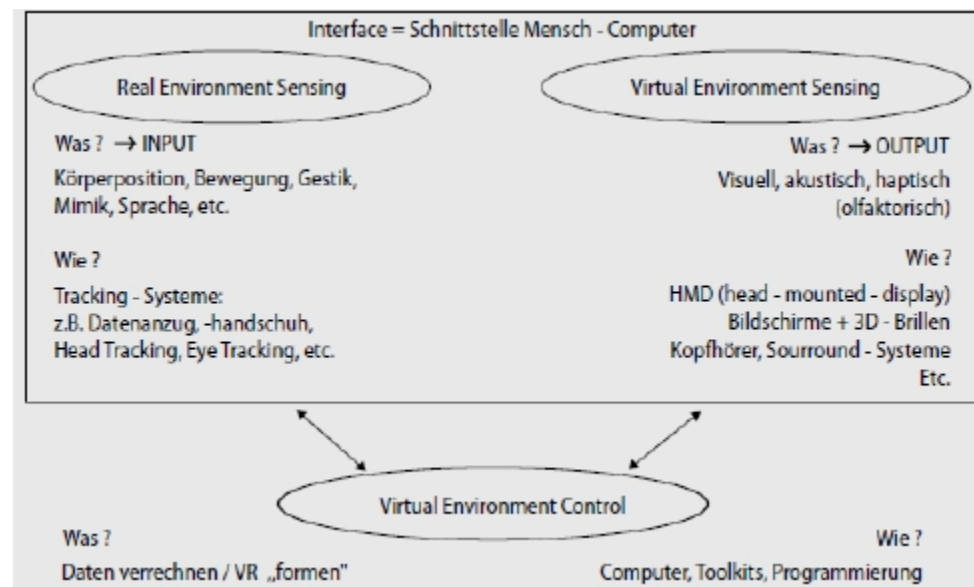
 Erforschung von Kriterien für die *intra- und interindividuelle Einbindung* von Medien im Rahmen psychosozialer Maßnahmen.

# Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

## Technische Voraussetzungen

### 1. Immersion = objektive Stimulusbedingungen

- visuelle, auditive, taktile Darstellung der virtuellen Umgebung in Dreidimensionalität
- synchrone Interaktivität mit dem computergenerierten Modell mithilfe Gestik, Mimik, Sprache, Körperposition, etc.
- spezifische **Outputsysteme** ermöglichen Wahrnehmung der virtuellen Umgebung, spezifische **Inputsysteme** die Kommunikation mit ihr



# Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

---

## 2. Präsenz = subjektives Erleben

- Gefühl, dass man sich selbst in der virtuellen Umgebung befindet
  
- Merkmale:
  - Gefühl, sich selbst „dort“ zu befinden
  - Ausblenden von Reizen aus der realen Welt
  - unwillkürliche Körperbewegungen, die objektiv keinen Sinn ergeben

**Bsp.: (Filmausschnitt, Universität Groningen)**

[www.rug.nl/cit/hpcv/VR\\_visualisation/Treatment\\_of\\_Anxiety/fobiebehandeling](http://www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/Treatment_of_Anxiety/fobiebehandeling)

## Exemplarische Studien zu Flugangst

---

### Mühlberger et al. (2006)

- belegten Effektivität VR-gestützter Behandlungsformen in Studienserie
- selbst die Kurzzeit-VR-Expositionstherapie mit nur 1 Sitzung langfristig wirksam
- Teilnahme an einem Anschlussflug für den langfristigen Therapieerfolg ist wichtig, wobei Begleitung durch einen Therapeuten wenig Einfluss hatte

### Tortella-Feliu et al. (2011)

- PC-gestütztes Flugtraining in der Selbstanwendung genauso effektiv wie Therapeuten begleitet



Simulator: Uni Würzburg

# Exemplarische Studien zu PTBS

---

## Rothbaum et al. (2001)

### Methode

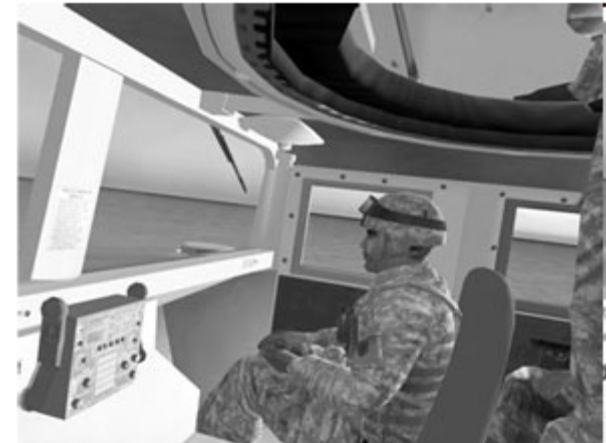
- N= 10 Vietnamveteranen, Kontrollierte Studie (EG-WL)  
EG: 8 VR-Sitzungen mit authentisch nachgestellten Kriegssituationen

Rothbaum, B.O., Hodges, L., Ready, D., et al. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 62, 617-622.

## Gerardi et al. (2008)

### Methode

- Einzelfallstudie: „Virtual Iraq“, 29 J. Soldat nach 1jährigem Einsatz im Irak-Krieg
- 4 VR-Sitzungen à 90 Min
- VR enthielt auch olfaktorische Elemente (Geruch von verbranntem Gummi, Diesel)



Gerardi, M., Rothbaum, B.O., Ressler, K. & Heekin, M. (2008). Virtual Reality Exposure Therapy Using a Virtual Iraq: Case Report. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 209-213.

# Podiumsdiskussion: „Chancen und Risiken digitaler Möglichkeiten für die Psychotherapie“

*Moderation: Dipl.-Psych. Eva Schweitzer Köhn*

# Schlusswort

*Dipl.-Psych. Michael Krenz*



Danke für Ihre Teilnahme!  
Kommen Sie gut nach Hause.