



universität
wien

Diplomarbeit

Online-Interventionen im therapeutischen Setting

Bestandsaufnahme der Situation in Österreich einschließlich
einer Analyse geeigneter Störungsbilder

zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Mistelbach, im Mai 2011

Verfasserin: Christine Brunner
Matrikelnummer: 0401984
Studienrichtung: Diplomstudium Pädagogik (A297)
Begutachter: Univ. Prof. Dr. Mag. Christian Swertz, M.A.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Personen bedanken, die mir bei der Erarbeitung dieser Diplomarbeit geholfen haben und mich während meiner Studienzeit begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner gesamten Familie, insbesondere meinen Eltern Eva und Alfred Brunner, ohne die mein Studium gar nicht möglich gewesen wäre. Sie haben mich in jeder Form unterstützt und mir immer Mut zugesprochen. Auch meine Brüder, Thomas und Michael sind mir stets zur Seite gestanden und haben mich mit aufmunternden Worten begleitet.

Großer Dank kommt meinem Partner Jürgen Erntl zu, der mir in meiner Arbeit immer zur Seite gestanden ist, mir den Rücken frei gehalten hat und mich in dieser Zeit motiviert und unterstützt hat.

Auch meinen Freunden sei ein besonderer Dank ausgesprochen. Sie haben sich für diese Thematik sehr interessiert und mich somit auch fortwährend von neuem motiviert haben.

Vor allem sei hier Judith Langasch erwähnt, an deren Seite ich nicht nur das Studium gemeistert habe, sondern die mir auch bei allen Fragen bezüglich meiner Diplomarbeit immer zur Seite stand und mich begleitet hat.

Dank gebührt auch Evelyn Brito für ihr Interesse an dieser Arbeit und dass sie in akribischer Kleinarbeit jeden Fehler gefunden hat.

Ebenso möchte ich mich bei Univ. Prof. Dr. Mag. Christian Swertz, M.A. für die Annahme und Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken.

Auch den engagierten Therapeuten und Psychologen, die an der Online-Untersuchung teilnahmen sei hier Dank ausgesprochen.

Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG.....	1
1.1 Einführung.....	1
1.2 Aufbau der Arbeit.....	2
II. THEORETISCHER TEIL.....	4
2.1 Geschichte.....	4
2.2 Begriffsdefinition.....	4
2.3 Synchron und asynchrone Medien.....	6
2.3.1 Synchron Medien.....	7
2.3.1.1 Forenberatung.....	7
2.3.1.2 Chat.....	7
2.3.1.3 Mobilkommunikation.....	9
2.3.1.4 Audio- und Videokonferenzen.....	10
2.3.2 Asynchrone Medien.....	11
2.3.2.1 E-Mail.....	11
2.3.2.2 Computerprogramme.....	13
2.3.2.3 Webseiten.....	14
2.3.2.4 Short Message Service.....	15
2.3.2.5 Virtuelle Realitäten.....	15
2.4 Charakteristika von Online-Interventionen mit einem Professionalisten.....	16
2.5 Zielgruppen.....	22
2.6 Ethische Probleme.....	23
2.7 Nutzungsmöglichkeiten für Professionalisten und Laien.....	25
2.8 Online-Beratung vs. Online-Therapie vs. Face-to-Face-Therapie.....	26
2.9 Rechtliche Grundlagen.....	29
2.10 Disziplinäre Anbindung.....	31
III. EMPIRISCHER TEIL.....	33
3.1 Identifizieren eines Erkenntnisinteresses.....	33
3.2 Forschungsleitende Fragestellungen.....	34
3.3 Forschungsmethodik und Untersuchungsplan.....	35
IV. ONLINE-INTERVENTION IN ÖSTERREICH – EINE SITUATIONSBESCHREIBUNG.....	37
4.1. Zusammensetzung der Stichprobe und Fragebogenbeschreibung.....	37
4.1.1 Beschreibung des Fragebogens.....	37
4.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe.....	38

4.2 Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse	40
4.2.1 Geschlecht.....	40
4.2.2 Alter	40
4.2.3 Angehörige Methode bzw. Beruf.....	40
4.2.4 Berufserfahrung.....	42
4.2.5 Angebot.....	42
4.2.6 Ergänzende Face-to-Face-Therapie oder selbstständige Online-Intervention.....	43
4.2.7 Mediennutzung	44
4.2.8 Berufserfahrung online.....	45
4.2.9 Stunden online	45
4.2.10 Betreuung über einen langen bzw. kurzen Zeitraum	46
4.2.11 Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl an online stattfindenden Kontakten.....	46
4.2.12 Minimal, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention	48
4.2.13 Wie sinnvoll sind Online-Intervention?	49
4.2.14 Welche Störungsbilder haben Sie bereits behandelt?	53
4.2.15 Angehörige Methode und Angebot.....	56
4.2.16 Angehörige Methode und ergänzend oder nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting.....	58
4.2.17 Empfundene Sinnvolligkeit und Online-Erfahrung	59
V. GEEIGNETE STÖRUNGSBILDER FÜR ONLINE-INTERVENTIONEN	61
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	63
5.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe.....	63
5.1.2 Geschlecht.....	63
5.1.3 Alter	63
5.1.4 Angehörige Methode bzw. Beruf.....	63
5.1.5 Berufserfahrung.....	64
5.1.6 Angebot.....	65
5.1.7 Mediennutzung.....	65
5.1.8 Berufserfahrung online.....	66
5.1.9 Zusammenfassende Darstellung der Stichprobe	66
5.2 Studien zu erfolgreichen Online-Interventionen.....	67
5.2.1 Depression	67
5.2.1.1 Darstellung des Störungsbildes	67
5.2.1.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Depression via Online-Interventionen	68
5.2.1.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung	72
5.2.2 Angststörung.....	74

5.2.2.1 Darstellung des Störungsbildes.....	74
5.2.2.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Angststörung via Online-Interventionen.....	74
5.2.2.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	75
5.2.3 Agoraphobie.....	76
5.2.3.1 Darstellung des Störungsbildes.....	76
5.2.3.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Agoraphobie via Online-Interventionen.....	77
5.2.3.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	78
5.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung.....	79
5.2.4.1 Darstellung des Störungsbildes.....	79
5.2.4.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung via Online-Interventionen.....	80
5.2.4.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	82
5.2.5 Anorexia Nervosa.....	83
5.2.5.1 Darstellung des Störungsbildes.....	83
5.2.5.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Anorexia Nervosa via Online-Interventionen.....	84
5.2.5.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	84
5.2.6 Bulimia Nervosa.....	86
5.2.6.1 Darstellung des Störungsbildes.....	86
5.2.6.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Bulimia Nervosa via Online-Interventionen.....	86
5.2.6.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	87
5.2.7 Zwangsstörung.....	88
5.2.7.1 Darstellung des Störungsbildes.....	88
5.2.7.2 Studien über die Behandlung von Personen mit einer Zwangsstörung via Online-Interventionen.....	89
5.2.7.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung.....	89
5.3 Gemeinsamkeiten in denen als wichtig identifizierten Symptomen.....	91
5.4 Andere, im Zusammenhang mit Online-Interventionen nicht erforschte Störungsbilder, die für Online-Interventionen gut geeignet wären.....	93
5.4.1 Entzugssyndrom.....	93
5.4.2 Postschizophrene Depression.....	93
5.4.3 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv.....	93
5.4.4 Soziale Phobie.....	94
5.4.5 Spezifische (isolierte) Phobien.....	94
5.4.6 Panikstörung.....	94
5.4.7 generalisierte Angststörung.....	95
5.4.8 Angst und depressive Störung, gemischt.....	95
5.4.9 Anpassungsstörung.....	95

5.4.10 Somatisierungsstörung	96
5.4.11 Hypochondrische Störung	96
5.4.12 Nichtorganische Schlafstörungen.....	97
5.4.13 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	97
5.4.14 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	97
5.5 Störungsbilder, die in Österreich am häufigsten durch Online-Interventionen behandelt werden	98
5.6 Vergleich der „geeigneten Störungen“ mit den ICD-10-Kategorien	101
VI. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	103
VII. LITERATURVERZEICHNIS	107
VIII. ANHANG	116
8.1 Fragebogen.....	116
8.2 Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte	137
8.3 Minimaler, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention	138
8.4 Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen.....	139
8.5 Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptome	140
8.6 Abstract.....	143
8.6.1 Deutsche Version.....	143
8.6.2 English Version	144
8.7 Lebenslauf.....	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Spektrum des Internets als therapeutisches Medium (Eichenberg, 2004, S.14).....	25
Abbildung 2: Berufserfahrung	42
Abbildung 3: Angebot.....	43
Abbildung 4: Mediennutzung	44
Abbildung 5: Betreuung über unterschiedlich lange Zeiträume	46
Abbildung 6: Berufserfahrung	64
Abbildung 7: Mediennutzung	65
Abbildung 8: Online-Berufserfahrung.....	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile in der Chatberatung (Hintenberger, 2006, S.6).....	8
Tabelle 2: Kliententypen im Überblick (Weinhardt, 2010, S.4).....	12
Tabelle 3: Potenziale und Gefahren der therapeutischen Intervention via Internet (Eichenberg, 2008, S.520).....	21
Tabelle 4: Methodenangehörigkeit/Klinischer Psychologe.....	41
Tabelle 5: Selbstständige und ergänzende Online-Interventionen.....	44
Tabelle 6: Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte.....	47
Tabelle 7: Minimaler, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention.....	48
Tabelle 8: Sinnvolligkeit von Online-Interventionen.....	50
Tabelle 9: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen.....	54
Tabelle 10: Angehörige Methode und Angebot.....	57
Tabelle 11: Angehörige Methode und ergänzend oder nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting.....	58
Tabelle 12: Empfundene Sinnvolligkeit und Online-Erfahrung.....	60
Tabelle 13: Angehörige Methode bzw. Beruf.....	64
Tabelle 14: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Depression.....	73
Tabelle 15: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Angststörung.....	76
Tabelle 16: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Agoraphobie.....	78
Tabelle 17: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	82
Tabelle 18: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Anorexia Nervosa.....	85
Tabelle 19: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Bulimia Nervosa.....	88
Tabelle 20: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Zwangsstörung.....	89
Tabelle 21: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen.....	98
Tabelle 22: Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte.....	137
Tabelle 23: Minimaler, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention.....	138
Tabelle 24: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen.....	139
Tabelle 25: Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptome.....	140

I. EINLEITUNG

1.1 Einführung

Das Internet spielt in unserer Gesellschaft eine große Rolle. 70 % der österreichischen Haushalte verfügen über einen Internetzugang (Statistik Austria, 2009). Egal ob das Internet für private oder berufliche Zwecke verwendet wird, zur Kommunikation, als Nachschlagewerk oder Wissensvermittler in Sachfragen, es ist mittlerweile vollkommen in unser Leben integriert.

Mit der zunehmenden Bedeutung des Internets in der Gesellschaft und durch das wachsende Interesse an gesundheitsrelevanten Angeboten im Internet gewinnt das Medium auch im Bereich der Psychotherapie und klinischen Psychologie an Bedeutung (Eichenberg, 2003).

Jeder Mensch wird in seinem Leben mit negativen Ereignissen konfrontiert. Viele können ihre Probleme selbst lösen, manche wenden sich an vertraute Personen, andere aber auch an Experten¹. Oft bestehen aber Hemmungen sich an Professionalisten zu wenden. Dabei spielen Gründe wie negative Erfahrungen, Angst, sich jemand Unbekanntem anzuvertrauen und/oder Angst vor Reaktionen der Umgebung eine Rolle. Für Personen mit den genannten Hemmungen bietet das Internet die Möglichkeit, professionelle therapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen (Stetina, Sofianopoulou & Kryspin-Exner, 2009).

Die Ziele von Onlineangeboten sind klar zu erkennen. Nach Stetina et al. (2009) sind die Ziele von professionellen therapeutischen Angeboten im Internet die allgemeine Gesundheit zu fördern, sowie das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu steigern.

Aus diesen Gründen sind Online-Interventionen im pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Bereich ein wichtiges Thema und verdienen daher immer mehr Aufmerksamkeit.

¹ In der vorliegenden Arbeit wird zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Die Verwendung einer geschlechtsspezifischen Form schließt immer auch das andere Geschlecht mit ein.

1.2 Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird im theoretischen Teil zunächst eine Einführung in das Thema „Online-Interventionen“ gegeben. Zu Beginn soll eine Definition erstellt werden, die als Basis für die weitere Arbeit dienen wird. Eine Differenzierung zwischen synchronen und asynchronen Medien soll die unterschiedlichen Möglichkeiten von Online-Interventionen aufzeigen. Zudem werden Vor- und Nachteile unterschiedlicher Medien diskutiert.

Um ein vollständiges Bild von Online-Interventionen darzustellen, werden deren Charakteristika thematisiert, um dann die Möglichkeiten und Grenzen von Online-Interventionen zu diskutieren. Anschließend sollen ethische Probleme aufgezeigt werden, die die Problematik des Themas hervorheben.

Damit nachvollzogen werden kann, welche Personen erreicht werden sollen, werden Zielgruppen angeführt. Diese sollen verdeutlichen, wer mit Online-Intervention erreicht werden soll und ihre Notwendigkeit darstellen.

Außerdem wird das Spektrum des Internets als therapeutisches Medium präsentiert, um Nutzungsmöglichkeiten für Professionalisten und Laien darzustellen.

In einer Gegenüberstellung von unterschiedlichen Settings wie Online-Beratung, Online-Therapie und dem Face-to-Face-Setting, werden deren Verbindungen und Einsatzmöglichkeiten veranschaulicht.

Die rechtlichen Grundlagen von Online-Interventionen in Österreich zeigen die Problematik durch die Nichtakzeptanz von Online-Interventionen seitens des Bundesministeriums auf.

Den theoretischen Teil abschließend soll eine disziplinäre Anbindung des Themas an die Pädagogik geschaffen werden.

Als Grundlage für den empirischen Teil dieser Arbeit dient eine Online-Untersuchung mit Psychologen und Therapeuten.

Den Beginn des empirischen Teils bildet daher eine Situationsbeschreibung von Psychologen und Psychotherapeuten in Österreich. Dabei sollen die Meinungen von Personen, die Online-Interventionen anbieten, aber auch von jenen, die keine Online-Intervention anbieten, die derzeitige Situation in Österreich beschreiben.

Abschließend soll die Frage geklärt werden, welche Störungsbilder besonders gut für Online-Interventionen geeignet sind. An dieser Stelle werden die Ergebnisse der Online-Untersuchung präsentiert.

Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung und ein Ausblick für zukünftige Forschungen.

II. THEORETISCHER TEIL

2.1 Geschichte

Die Geschichte der Online-Interventionen geht viele Jahre zurück.

Die allererste professionelle Online-Intervention wurde in den USA angeboten. „Ask Uncle Ezra“ bot ab 1986 psychologische Beratung für Studenten der Cornell Universität in New York an und praktiziert dies auch heute noch (Laszig & Eichenberg, 2003).

Ivan Goldberg begann schon 1993, über das Internet Fragen über Depression zu beantworten und die Antworten auf seiner Seite „Depression Central“ zu dokumentieren. 1995 boten David Sommers, John Grohol und Leonhard Holmes Onlineberatung an, womit auch die Phase kommerzieller Beratung und Therapie im Internet begründet wurde. Es wurde mit verschiedenen Settings experimentiert, wie verschlüsselte E-Mail-Nachrichten, Chat und Videokonferenzen (Laszig & Eichenberg, 2003).

2.2 Begriffsdefinition

Um das Thema Online-Intervention für die vorliegende Arbeit abgrenzen zu können, sollen die unterschiedlichen Definitionen in der Literatur aufgezeigt werden, um dann eine geeignete Definition erstellen zu können.

In der Literatur werden verschiedene Begriffe für Online-Interventionen verwendet, wie zum Beispiel „Cybertherapie“, „Internettherapie“, „Computer- and Internet-Based Psychotherapy Interventions“, „Online Therapy“, „Internet-Based Psychotherapy“ (Seemann & Soyka, 1999; Kersting, Schlicht & Kroker, 2009; Cook & Doyle, 2002; Taylor & Luce, 2003).

Oh, Rizo, Enkin und Jadad (2005) fanden in einer Literaturrecherche 51 verschiedene Definitionen, als sie nach „e-Health“, „eHealth“ oder „electronic health“ suchten. Gemeinsam haben die verschiedenen Begriffsbestimmungen, dass sie alle das Thema Gesundheit beinhalten. Alle Definitionen wiesen auch einen Bezug zu Technologien auf. 27 Mal wurde das Wort „Internet“ benutzt, wobei in vier Fällen der Begriff „Internet“ als

Adjektiv benutzt wurde, wie zum Beispiel „Internet technologies“. Es konnten also zwei Hauptthemen, um die sich die Definitionen drehten, ausfindig gemacht werden – Gesundheit und Technologie.

Rochlen, Zack und Speyer (2004) definieren Onlinetherapie als jede Art von professioneller therapeutischer Interaktion, die qualifizierte Professionalisten mit ihren Klienten über das Internet verbindet.

Bauer und Kordy (2008) definieren die Kommunikationsweise, die den Kontakt zwischen Klienten und Therapeuten herstellt, als computervermittelte Kommunikation:

„Unter ‚computervermittelter Kommunikation‘ (CvK) wird jede Art von menschlicher Kommunikation verstanden, die unter Beteiligung von Computern stattfindet, d.h. beispielsweise Kommunikation über E-Mail, in Chatrooms oder in Internetforen.“ (S.4)

Bei Bauer und Kordy (2008) werden nicht nur Angebote, die nur unter Verwendung des Internets angeboten werden können, als Angebote verstanden, sondern auch Offlineangebote wie diverse CD-ROM-basierte Interventionen oder Programme, die auf Internetseiten angeboten werden.

Ploil (2009) definiert Online-Beratung folgendermaßen:

Online-Beratung (auch Internet-Beratung, virtuelle Beratung) ist computergestützte Beratung. Sie wird über das Internet medial vermittelt und findet interaktiv statt. Es haben sich verschiedene Formen der Beratung im Internet herausgebildet. Dabei unterscheiden wir zwischen Diensten mit „synchroner“ (zeitgleicher) und „asynchroner“ (zeitversetzter) Kommunikation. Dazu gehören die E-Mail-Beratung (asynchrone Kommunikation) und die Chat-Beratung (synchrone Kommunikation). Ergänzend hierzu haben sich sogenannte Foren (asynchrone Kommunikation) entwickelt, die zunehmend an Bedeutung gewinnen. (S.9)

Döring (2000) hebt die Relevanz der Beziehung hervor:

Um von psychologischer Beratung im Internet sprechen zu können, muß eine formelle Situation hergestellt werden, in der sich eine Beziehung zwischen Ratsuchendem und professionellem Berater konstituiert und die Möglichkeit besteht, gemeinsam Problemsituation und Lösungsvarianten zu explorieren. (S.530)

Nach Stetina et al. (2009) bezieht sich die Online-Therapie und -Beratung auf die Settings Chat, E-Mail, Skype oder Telefon.

Während Rochlen, Zack und Speyer (2004) und auch Ploil (2009) Online-Interventionen nur über das Internet definieren, so lassen Bauer und Kordy (2008) auch Offline-Angebote zu. Auch Döring (2000) hebt das Internet im Zusammenhang mit Online-Interventionen hervor. Stetina et al. (2009) beziehen auch das Telefon als mögliches Medium mit ein.

Folgende Definition ergab sich aus der vorhergehenden Literaturrecherche und soll als Grundlage für die weitere Arbeit dienen:

Unter Online-Intervention versteht man den Kontakt zwischen einem Psychologen oder einem Therapeuten mit einem oder mehreren Klienten über das Telefon oder Internet über ein Kommunikationsmedium, das sowohl asynchron, als auch synchron sein kann.

Die Definition schließt somit nicht nur Angebote über das Internet mit ein, sondern auch Angebote über das Telefon.

Auf synchrone und asynchrone Medien wird im anschließenden Kapitel eingegangen.

2.3 Synchrone und asynchrone Medien

Zunächst müssen bei Online-Interventionen **synchrone und asynchrone Medien** unterschieden werden. Als asynchrone Medien werden Medien verstanden, bei denen es zu einer zeitversetzten Kommunikation kommt, wobei für Online-Interventionen vor allem E-Mail und Diskussionsforen genutzt werden. Aber auch synchrone Medien, also Medien, bei denen die Kommunikation zeitgleich stattfindet, wie Chat oder Videokonferenz können zur Online-Interventionen genutzt werden (Witt, 2008).

Die Unterscheidung zwischen synchronen und asynchronen Medien ist beim Thema Online-Intervention eine essentielle, da damit unterschiedliche Settings entstehen.

Welches Medium ein Ratsuchender auswählt, um mit einem Professionalisten in Kontakt zu treten, wird meist von banal-pragmatischen Faktoren beeinflusst, wie durch das Medienwissen oder auch durch die Geräteverfügbarkeit (Graf-Oppolzer, 2006).

Für den Ratsuchenden ist es bedeutsam, ob in einem Medium viel persönliche Nähe möglich ist und auch die Anonymität gewahrt bleibt. Das Internet deckt hier die gesamte Spannbreite ab.

Durch die Wahl eines Nicknamen in einem Chat kann ein Benutzer anonym und dennoch persönlich seinen Bedarf nach Austausch und Information decken. Es werden so virtuelle Persönlichkeiten geschaffen. Jeder Nutzer kann selbst bestimmen, wie viel persönliche Information er freigibt (Graf-Oppolzer, 2006).

2.3.1 Synchroner Medien

Synchrone Medien sind Medien, über die unmittelbar kommuniziert wird (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2003). Folgende Medien werden für Online-Interventionen verwendet:

2.3.1.1 Forenberatung

In einem Forum können Ratsuchende ihre Anfragen für jeden sichtbar veröffentlichen. Professionalisten und andere Ratsuchende haben dann die Möglichkeit, auf die Anfrage zu antworten. Andere Ratsuchende können durch die Öffentlichkeit der Beiträge einen Dialog mitlesen und sich so über ähnliche Problemlagen informieren und auch deren Lösungswege mitverfolgen ohne selbst eine Anfrage zu stellen. So können Hemmschwellen überwunden werden und Hilfesuchende werden motiviert und gestärkt, eine eigene Beratung in Anspruch zu nehmen (Blesch, Heider, Schopp & Smolinski, 2004).

2.3.1.2 Chat

„Im Chat (engl. „Plauderei“) kann mittels Tastatureingaben, die auf den Monitoren aller Beteiligten visualisiert werden, ohne am selben Ort anwesend sein zu müssen, miteinander schriftbasiert kommuniziert werden.“ (Hintenberger, 2006, S.4)

Man kann zwischen Einzelchats und Gruppenchats unterscheiden (Blesch et al., 2004).

Im Einzelchat findet ein Treffen zwischen Professionalisten und Ratsuchenden statt, welcher in einem nichtöffentlichen und geschützten Rahmen stattfindet, wobei die Datensicherheit gewährleistet werden sollte (Heider, 2008).

Gruppenchats hingegen finden öffentlich statt. Jeder User kann den Chatraum „betreten“ und oft wird ein vom Berater vorgegebenes Thema behandelt (Heider, 2008).

Bei einer Intervention mittels Chat sind der Professionalist und der Ratsuchende gleichzeitig online. Man kann allerdings nur von einem quasi-synchronen Setting sprechen, da die Inhalte nicht buchstabenweise übermittelt werden sondern in Sequenzen. Daher

entstehen zwischen der Produktion, Übermittlung und letztendlich dem Ankommen einer Botschaft Zeitabstände unterschiedlicher Länge (Heider, 2008).

Döring (2000) weist darauf hin, dass im Chat weniger Austausch stattfindet als in einem mündlichen Gespräch und schlägt aus diesem Grund eine Ausdehnung auf eine größere Zeitspanne vor. Gleichzeitig spricht sie hier auch die unterschiedlichen Settings an, die durch den Chat möglich sind. Ein täglicher, kurzer Kontakt, der durch die wegfallenden An- und Abfahrtszeiten ermöglicht wird, kann in bestimmten Therapiephasen nützlicher erscheinen, als eine Bevorzugung der üblichen wöchentlichen Therapiesitzung. (Döring, 2000)

Hintenberger (2006) zeigt die Vor- und Nachteile des Chats auf:

Vorteile	Nachteile
Ortsunabhängigkeit	Wegfall parasprachlicher Signale
Möglichkeit der Anonymität	Umgang mit Sprecherwechsel
Möglichkeit von unmittelbarer, synchroner Kommunikation	Schreiben zeitaufwändiger als Sprechen
Möglichkeit der subjektiven Gesprächskontrolle	
Relativ geringe technische Voraussetzungen	
Reproduzierbarkeit der Kommunikationsabläufe	

Tabelle 1: Vor- und Nachteile in der Chatberatung (Hintenberger, 2006, S.6)

Heider (2008) geht ebenfalls konkreter auf die Vor- und Nachteile der Chatberatung ein:

Durch die **gemeinsame Telepräsenz** beider Kommunikationspartner entsteht eine virtuelle, gemeinsame Realität. Die gleichzeitige Anwesenheit im Chatraum erzeugt „digitale Wärme“.

Die **Unmittelbarkeit der Kommunikation**, die auch Hintenberger (2006) anspricht, eröffnet andere Interventionsmöglichkeiten als die asynchrone Kommunikation. Ein Gespräch ist in der Chatberatung auch auf mehreren Ebenen möglich – dies ist in der Face-to-Face-Beratung nicht möglich. (Heider, 2008)

Heider (2008) spricht auch die **Integration in den gesamten Beratungsprozess** an:

Chatberatung bietet sich an um komplexe Fragestellungen gemeinsam zu betrachten. Sie beschleunigt die Auseinandersetzung zu einzelnen Fragen aus der Beratung und ermöglicht intensivere Gespräche zwischen BeraterIn und Ratsuchender/m. Gleichzeitig entschleunigt Chatberatung auch das

Beratungsgespräch, da innerhalb derselben Zeitspanne nur etwa ein Viertel der Informationsmenge transportiert wird. [...] Durch Vor- und Nachbereitung in der asynchronen Beratung braucht der Chat jedoch nicht als alleinstehendes Ereignis betrachtet werden, sondern verschmilzt mit dem gesamten Beratungsprozess. (S.7)

Nach Heider (2008) entwickeln Einzelchats „vor allem dann ihre positiven Eigenschaften, wenn sie an eine asynchrone Kommunikationsform (Forum oder Einzelberatung) gekoppelt sind.“ (S.7)

Als Nachteil spricht Heider (2008) die **Hochschwelligkeit des Chat für Anbieter** an.

In der Chatberatung werden hohe Anforderungen an den Anbieter gestellt. Lediglich wer die verschiedenen Arten von Chatsprache beherrscht, schnell tippen kann und mit verschachtelter Kommunikation zurechtkommt, kann auch ein guter Chatberater sein. Man muss die Technik im Griff haben, den Ratsuchenden im Auge behalten und zur gleichen Zeit das eigene Methodenrepertoire im Hinterkopf behalten. Das erfordert Konzentration und auch Mut, sich solch einer belastenden Situation auch auszusetzen (Heider, 2008).

Ein weiterer Nachteil der Chatberatung stellt die **Synchronität** dar. Die Gesprächspartner müssen zeitgleich anwesend sein und sich somit an einem gemeinsamen Zeitrahmen orientieren. Termine müssen organisiert werden und man nähert sich der Vorbereitung eines Settings wie im Face-to-Face-Gespräch. Für Ratsuchende kann es daher zu einer Verzögerung durch die Terminfindung kommen und dieser kann sein Problem nicht dann formulieren, wenn er eine Aussprache am dringendsten benötigt (Heider, 2008).

Heider (2008) schlägt aus diesem Grund vor, den Chat als ergänzendes Angebot zu sehen.

Während Heider (2008) sich vor allem auf den Chat als synchrones Medium bezieht, zeigt Hintenberger (2006) allgemeine Vorteile von Online-Interventionen wie zum Beispiel die Ortsunabhängigkeit, und die Möglichkeit der Anonymität auf. Bei den Nachteilen spricht er vor allem die durch das Medium entstehenden Defizite an, wie den Verlust von parasprachlichen Signalen, den ständigen Sprecherwechsel im Chat und den vergrößerten Zeitaufwand des Schreibens im Vergleich zum Sprechen.

2.3.1.3 Mobilkommunikation

Es gibt zwei Möglichkeiten das Mobiltelefon zu benutzen. Die eine Möglichkeit ist die Kommunikation mittels Short Message Service (SMS), die andere Möglichkeit besteht im

Telefonieren. SMS ist ein asynchrones Kommunikationsmedium daher wird dieses Thema unter Punkt 2.3.2 aufgegriffen.

Beratung über das Telefon gibt es schon lange. In Österreich wurde „Rat auf Draht“ am 03. Oktober 1987 gegründet und steht nun seit mittlerweile über 20 Jahren Kindern und Jugendlichen in Österreich zur Verfügung. (ORF Kundendienst, 2011)

In der Telefonseelsorge ist das Ziel, die Möglichkeit des Mediums Telefon zu nutzen, um Menschen, die in Not geraten sind, niederschwellig zu erreichen. Viele Ratsuchende wissen über die vielen psychosozialen Möglichkeiten, die sie hätten, nicht Bescheid und wenden sich unverbindlich an die Telefonseelsorge, um dort ihr Problem das erste Mal in Worte zu fassen. Meist ist dieses vorerst sehr diffus und die Person kann es emotional kaum fassbar machen. Im Gespräch jedoch wird es konkreter, man kann es benennen und damit das Problem auch besser handhaben. Die Telefonseelsorge informiert auch über die psychosozialen Möglichkeiten die ein Ratsuchender hat (Wenzel, 2008).

Die Besonderheit der Telefonseelsorge ist, dass die meisten Anlaufstellen Tag und Nacht erreichbar sind und so zu einem wichtigen Zeitraum verfügbar sind, den andere Anlaufstellen sowie Therapeuten und Psychologen oft nicht abdecken (Wenzel, 2008).

Das Telefon wird nicht nur in der Telefonseelsorge benutzt. Mittlerweile gibt es etliche Studien über telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie oder telefonbasierte emotionsfokussierte Therapie (z.B. Beckner, Vella, Howard & Mohr, 2007; Mohr, Hart, Julian, Catledge, Honos-Webb, Vella & Tasch, 2005). Das Setting ist dem Face-to-Face-Setting sehr ähnlich, da die Telefoneinheiten zwischen 50 und 60 Minuten dauern und über Wochen hinweg stattfinden (Beckner et al., 2007).

2.3.1.4 Audio- und Videokonferenzen

Sie sind dem Face-to-Face-Setting sehr ähnlich, werden jedoch noch wenig genutzt (Eichenberg, 2008).

Eine Audio- und Videokonferenz ist die Vermittlung von Kommunikation per Videoübertragung. Dabei werden zwei Kanäle übertragen: Audio und Video. Somit ist sowohl der Therapeut als auch der Klient sichtbar und hörbar. Die Unmittelbarkeit bleibt gewahrt. (Boos & Jonas, 2008)

Mit einer Videokonferenz ist es möglich, eine breite Kontaktfläche zu erzeugen. Man kann sich gegenseitig per Video sehen. Somit ist sichergestellt, dass die Kommunikation mit einem „echten“ Gesprächspartner stattfindet. Mimik, Körpersprache und Gestik bereichern die Kommunikation. Man telefoniert in Echtzeit, womit verbale und durch die

Bildübertragung auch nonverbale Informationen übertragen werden. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, schriftlich zu chatten. Ebenso kann man eine virtuelle Tafel nutzen, die beide Gesprächspartner beschreiben, bemalen und manipulieren können. Auch können Dokumente und Bilder übermittelt werden (Lindauer, 2003).

Allerdings sind hier technische Voraussetzungen zu beachten: Man benötigt eine Webcam und ein Headset mit Mikrofon und Kopfhörer (Lindauer, 2003).

2.3.2 Asynchrone Medien

Asynchrone Medien sind Medien, über die die Kommunikation zeitversetzt stattfindet (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2003).

Döring (2000) spricht gravierende Interpretationsprobleme an, die durch die zeitliche Verzögerung entstehen können. Aktuelle Gefühlslagen können sich vor allem dann, wenn sie die Beziehungsebene betreffen, schnell ändern, sodass zum Beispiel eine E-Mail, die aus einer bestimmten Gefühlslage heraus geschrieben worden war nicht mehr der momentanen Befindlichkeit entspricht. Der Adressat kann diesen Umstand allerdings nicht einschätzen. Daraus lässt sich die Frage folgern, ob und wie Therapeuten zielgerichtet intervenieren können, wenn der Therapeut der letzten E-Mail des Klienten eine stabilisierte Lage entnimmt und aufgrund dessen sich zu einer konfrontierenden Bemerkung entschließt, diese aber mit der zeitlichen Verzögerung zu einem falschen Zeitpunkt gelesen wird. (Döring, 2000)

Es ergibt sich der Nachteil, dass die momentane Situation des Klienten durch die Zeitverzögerung nicht in vollem Umfang einzuschätzen ist.

2.3.2.1 E-Mail

Nach Blesch, Heider, Schopp und Smolinski (2004) ist die E-Mail-Beratung die einfachste Form der Einzelberatung.

Der Betroffene schildert typischerweise sein Anliegen an den Berater oder Therapeuten per Mail. Dieser gibt eine Antwort per Mail, die mehr oder weniger ausführlich sein kann. Abgerechnet wird entweder pauschal oder per Seiten- oder Zeilenanzahl (Eichenberg, 2008).

Es kann sich ein „Gespräch“ entwickeln, indem Nachrichten wechselseitig zugeschickt werden. (Blesch et al., 2004)

Knatz (2005) weist darauf hin, dass es bei der E-Mail-Beratung besonders wichtig ist darauf zu achten, dass die Inhalte verschlüsselt gesendet und empfangen werden.

Den Nachteil sowie auch Vorteil von E-Mails beschreibt Knatz (2005) in der Kanalreduktion: „In der text-basierten Online-Beratung fehlen alle Signale wie Geruch, Stimmlage, Aussehen, Mimik und Körpersprache, die sonst mit wesentlicher Bestandteil der Beratungssituation sind und daher auch den Beratungsverlauf mit beeinflussen (positiv wie negativ).“ (S.3)

Weinhardt (2010) untersuchte Klienten von vier E-Mail-Beratungsdiensten mit einem Onlinefragebogen, der vier Bereiche umfasste. Erhoben wurden soziodemographische Daten, Daten zur Internetnutzung, die erhaltene Beratung und Persönlichkeitsmerkmale. Er stellte die Frage, ob es „typische“ Klienten gibt, die auf E-Mail-Beratungsangebote zugreifen. Vier Gruppen von Ratsuchenden konnten dadurch isoliert werden:

	Erwerbstätige MedienpragmatikerInnen	Zurückgezogene DauerklientInnen	Sachorientierte InformationsbeschafferInnen	Jugendliche KrisenKlientInnen
Alter	erwachsen	junge Erwachsene	junge Erwachsene	jugendlich
Formale Bildung	hoch	mittel/niedrig	mittel/niedrig	hoch
Soziale Perspektiven	viele	unsichere	wenige	viele
Medienhabitus	extensiv, Mittel zum Zweck	intensiv, substituierend	intensiv, ergänzend	intensiv, grundlegend sozialisiert ("digital natives")
Gebrauchwert von E-Mail-Beratung	räumlich-zeitliche Flexibilität	sicheres Setting	rasche Informationsbeschaffung, Erweiterung lebenspraktischer Fertigkeiten	schnelle Krisenintervention
Ziel	Bewältigung von Komplexität	persönliche Entwicklung	Bildung	Stabilisierung

Tabelle 2: Kliententypen im Überblick (Weinhardt, 2010, S.4)

E-Mail-Beratung kann durch Weinhardts (2010) definierte Nutzergruppen als ein Medium angesehen werden, mit Hilfe dessen unterschiedliche Beratungsanlässe bearbeitet werden können.

Während beispielsweise jugendliche KrisenklientInnen problematische, durch die Entwicklungsatsache ausgelöste Schwierigkeiten thematisieren, suchen sachorientierte InformationsbeschafferInnen um die Erweiterung lebenspraktischer Fertigkeiten und Wissensbestände nach. Zurückgezogene DauerklientInnen versprechen sich eine

längerfristige Begleitung, in der sie im anonymen, geschützten Rahmen und außerhalb direkter persönlicher Begegnungen ihre insgesamt wohl schwierigen Lebensgeschichten verhandeln. Erwerbstätige MedienpragmatikerInnen schließlich lassen sich weniger über die Anliegen, sondern den Nutzungsmodus differenzieren: Sie finden E-Mail-Beratung praktisch, weil der Zwang nach terminlichen Absprachen entfällt. (S.8)

Vogt (2007) führt acht Thesen zur Effektivität und Wirksamkeit von einer Beratung per E-Mail an:

- * „Etwas benennen, aussprechen, sogar aufschreiben zu können schafft an sich schon Möglichkeiten“ (Vogt, 2007, S.2)
- * „Schreiben ist immer auch Distanzierung und öffnet somit die Perspektive“ (Vogt, 2007, S.3)
- * „Schreiben ermöglicht andere Zugänge, vielleicht auch, weil das geschriebene Wort entwicklungspsychologisch immer schon jenseits der Vorsprachlichkeit ist“ (Vogt, 2007, S.4)
- * „Schreiben wirkt aktivierend und integrierend“ (Vogt, 2007, S.4)
- * „Schreiben richtet sich an ein hilfreiches, empathisches Du. Und mich so ausbreiten zu können, hilft!“ (Vogt, 2007, S.5)
- * „Schreiben ist immer nahe am ‚Fluss des Erzählens‘“ (Vogt, 2007, S.5)
- * „Schreiben ist ein kreativer Prozess“ (Vogt, 2007, S.6)
- * „Auch das (potenzielle) Lesen spielt eine wesentliche Rolle“ (Vogt, 2007, S.6)

2.3.2.2 Computerprogramme

Es existieren zahlreiche Computerprogramme, die dem Teilnehmer automatisch nach einer Eingabe Rückmeldung geben (Eichenberg, 2008).

Ein Beispiel dafür ist das Computerprogramm ELIZA, das bereits 1982 von Joseph Weizenbaum programmiert wurde. „ELIZA ist ein künstliches Gegenüber, das auf simple Weise die nondirektive Gesprächspsychotherapie nachahmt, allerdings ohne dass man, wie im Falle einer solchen Therapie, von Empathie des Therapeuten sprechen kann.“ (Krotz, 2007, S.125)

Das Programm stellt dem Klienten Fragen, um ihm zu helfen sich selbst besser zu verstehen. Die Antworten werden vom „Therapeuten“ nicht gedeutet, er verteilt keine Ratschläge, sondern es werden lediglich Fragen gestellt. Das Programm nimmt Worte aus dem Satz des Klienten und fügt sie in eine bestehende Frageform ein. Wichtig ist, dass der

Klient das Gefühl bekommt, dass er die Antworten als an ihn gerichtet und als sinnvoll erlebt (Krotz, 2007).

Es gibt jedoch auch Computerprogramme, die zum Beispiel beim Störungsbild der Aphasie – einer Sprech- und Sprachstörung - eingesetzt werden, und dort sehr effektiv sind. Für die Rehabilitation von Klienten mit Aphasie sind eine hohe Therapiefrequenz und ein ständiges Üben wesentlich. Durch computerbasierte Programme ergänzend zur Face-to-Face-Therapie ist dies möglich (Lange, Radermacher & Springer, 2008).

Die Intervention mittels Computerprogramme ist für die vorliegende Arbeit nicht relevant, da kein Kontakt zu einem Professionalisten vorgesehen ist.

2.3.2.3 Webseiten

Eine Vielzahl von Webseiten informiert über diverse Störungsbilder und bietet Hilfe an. Die wohl bekannteste Webseite ist interapy.

Mittlerweile existieren eine Reihe störungsspezifischer Behandlungsmanuale. Diese beruhen auf wirksamen Face-to-Face-Therapiemanualen. Um sich ein Bild davon machen zu können, soll hier als Beispiel die Webseite „interapy“ dargestellt werden.

Interessenten können sich auf www.interapy.nl anmelden und erhalten umfangreiche Informationen über ein Störungsbild, weiters werden die alternativen Behandlungsmöglichkeiten und das Prinzip der Interapy-Behandlung erklärt (Wagner & Lange, 2008).

Nach der Anmeldung durchlaufen die Teilnehmer ein ausführliches Onlinescreening. Die Onlinediagnostik soll darüber Aufschluss geben, ob Interapy die geeignete Behandlung für den Betroffenen darstellt. Ein Teilnehmer, der für die Interapy-Behandlung nicht in Frage kommt, wird über andere Behandlungsmöglichkeiten und die Gründe der Ablehnung aufgeklärt.

Die Teilnehmer werden nun einem Therapeuten zugewiesen, der für sie zuständig ist und sie durch das gesamte Programm begleitet (Wagner & Lange, 2008).

Vor jeder Behandlungsphase wird eine ausführliche Psychoedukation durchgeführt. Dem Klienten wird erklärt, warum bestimmte Aufgaben gemacht werden sollen, welchen Sinn die gestellten Übungen haben und welche Bedeutung bestimmte Reaktionen und Symptome haben.

Das Behandlungsmanual stellt dem Klienten Schreibanleitungen, Verhaltensübungen und Hausaufgaben. Der Therapeut fügt individuell bestimmte Instruktionen hinzu und motiviert. Beispielsätze und –ideen sind für den Therapeuten bereits vorgefertigt, er kann

jedoch auch eigene Rückmeldungen und Kommentare hinzufügen. Meist besteht zweimal pro Woche Kontakt zwischen Klient und Therapeut. Nach der Behandlung findet erneut eine Onlinediagnostik statt, um die Wirksamkeit der Behandlung und die Zufriedenheit des Klienten festzuhalten (Wagner & Lange, 2008).

Die Intervention mittels einer Webseite ist für diese Arbeit nicht relevant, da der Therapeutenkontakt nur sehr gering und zum Teil vorgegeben ist.

2.3.2.4 Short Message Service

Der textbasierte Austausch mittels SMS ist mit einer Standardzeichenzahl von 160 Zeichen begrenzt. Der Nutzerkreis von Mobiltelefonen ist unter Jugendlichen größer als das Internet und somit ermöglicht das SMS Zugang zu einer weiteren Gruppe, für die auch das Senden und Empfangen von SMS zur wichtigsten Kommunikationsfunktion geworden ist (Eichenberg, 2008).

Nach Döring und Eichenberg (2009) sind SMS vor allem für Erstkontakte mit anschließender Weitervermittlung an Therapeuten geeignet. Auch Kurzkontakte, die eine eng umrissene Problematik klären sind weitere Potenziale des SMS. Zahlreiche Beratungsstellen bieten mittlerweile die Möglichkeit an, auch per SMS zu kommunizieren. Eichenberg (2008) sieht einen Vorteil dieser Intervention in der erhöhten Autonomie des Klienten, da das Handy ständig verfügbar ist. Somit kann ein sehr großer Nutzerkreis erreicht werden.

Die Begrenzung der Zeichenzahl kann einerseits dazu führen, dass Betroffene nur wichtige Informationen übermitteln, beschränkt aber andererseits die Kommunikation enorm (Eichenberg, 2008).

2.3.2.5 Virtuelle Realitäten

Virtuelle Realitäten ermöglichen es, computerbasierte Modelle der realen Welt zu erstellen, in denen Interaktionen mittels Mensch-Maschine-Schnittstelle stattfinden können. Virtuelle Reize können reale Ängste auslösen, die von physiologischen Symptomen begleitet werden können, wie zum Beispiel Schwitzen, Übelkeit, etc. Dies legitimiert die Aufnahme von virtuellen Realitäten in therapeutische Interventionstechniken. Virtuelle Realitäten werden vor allem im verhaltenstherapeutischen Setting benutzt, um spezifische Phobien zu therapieren. (Eichenberg, 2008)

Nach Eichenberg (2008) erhöhen Virtuelle Realitäten die Bereitschaft mancher Klienten zur Angstexposition. Bei Ängsten wie zum Beispiel Flugangst sind Virtuelle Realitäten sehr ökonomisch.

Ein großer Nachteil ist die technische Ausrüstung, die kaum erschwinglich ist. Auch ist das Angebot der Virtuellen Realitäten nicht sehr weit verbreitet. Somit können interessierte Klienten dieses Angebot auch nicht breitflächig nutzen (Eichenberg, 2008).

Da auch diese Behandlungsmethode durch den nichtvorhandenen Therapeutenkontakt nicht in die Definition dieser Arbeit fallen, wird auf sie nicht näher eingegangen.

2.4 Charakteristika von Online-Interventionen mit einem Professionalisten

In diesem Abschnitt soll ein grundlegendes Verständnis aufgrund der Eigenschaften von Online-Interventionen entstehen.

Die Setting-Parameter bestimmen durch die Häufigkeit und Länge des Kontaktes die Intensität und Art der Beziehung im Internet.

Sehr deutlich wird, dass die Charakteristika von Online-Interventionen davon abhängen, ob ein synchrones oder asynchrones Medium benutzt wird.

Folgende Charakteristika von Online-Interventionen können differenziert werden und werden im Anschluss ausführlich beschrieben:

- * Schriftliche Kommunikation
- * Anonymität
- * Geografische und zeitliche Autonomie
- * Zeitverzögerte Kommunikation
- * Supervisionsprozess des gesamten therapeutischen Prozesses
- * Therapeutische Beziehung
- * Vergrößerter Entscheidungsspielraum
- * Variabilität
- * Niedrigschwelligkeit
- * Kein Anspruch auf Ausschließlichkeit

- * Wahrung des Selbstgefühls
- * Höhere Änderungsbereitschaft

Die **schriftliche Kommunikation** bei Online-Interventionen ist, sowohl in den synchronen wie auch in den asynchronen Medien, zu finden. Bei asynchroner Kommunikation ist es dem Klienten und auch Therapeuten möglich, sowohl über das Geschriebene wie auch über das zu Schreibende länger nachzudenken. Die synchrone Kommunikation ermöglicht es, das Geschriebene sofort zu lesen und auch sofort zu antworten (Ploil, 2009).

Bei schriftlicher Kommunikation fallen der Blickkontakt, die Körperhaltung oder die Intonation der Stimme weg. Als Ersatz können unterschiedliche Schrifttypen oder Markierungen dienen (Kersting et al., 2009).

Auf der inhaltlichen Ebene ist es wichtig, Sympathie, Vertrauen und Zuversicht aufzubauen. Dies soll über E-Mail, Videokonferenz, Chat oder andere Möglichkeiten erfolgen und wirft viele Fragen auf, wie zum Beispiel, ob es professionell wirkt, wenn der Therapeut einen Smiley verwendet. Ist es professionell, eine virtuelle Umarmung oder virtuelle Gegenstände einzubauen? (Döring, 2000)

Kersting et al. (2009) weisen auf die Möglichkeit hin, unterschiedliche Schrifttypen oder Markierungen zu verwenden. In Anlehnung an Döring (2000) stellt sich auch hier die Frage wie professionell es wirkt, wenn mit unterschiedlichen Farben oder Schrifttypen geschrieben wird.

Im Internet besteht die Möglichkeit **anonym** zu bleiben. Nach Joinson (2001) geben Personen mehr von sich preis, wenn sie anonym bleiben können. Online-Interventionen ermöglichen einen anonymen Erstkontakt, bei dem Berührungsängste abgebaut werden können (Cuijpers, Straten & Andersson, 2007). Durch die Anonymität werden soziale Hürden überwunden, Hemmungen gesenkt, Offenheit, Freundlichkeit, Egalität, Partizipation und Ehrlichkeit werden gefördert (Knatz, 2005).

Neben dem Aspekt der Anonymität stellen auch die **geografische und zeitliche Autonomie** weitere Charakteristika von Online-Interventionen dar. In einer Online-Intervention findet eine Kontaktaufnahme statt, die meist ohne eine reale Begegnung erfolgt. Dadurch können geografische Entfernungen überwunden werden (Ahern, Kreslake & Phalen, 2006). Durch die geografische Autonomie können therapiebedürftige Menschen

erreicht werden, die durch bisherige psychotherapeutische Einrichtungen nicht versorgt werden konnten. Die zeitliche Autonomie von E-Mails ermöglicht es vielen Menschen die Zeit, die sie sich für Online-Interventionen nehmen wollen, unabhängig von ihren Terminen und der Tageszeit einzuteilen (Barak, 1999). Settings mit synchronen Medien wie Chat, Telefon- oder Videokonferenzen sind hingegen sehr wohl von Terminen und Tageszeiten abhängig, nicht jedoch vom Standort des Nutzers.

Durch die zeitliche Autonomie bei asynchronen Online-Interventionen entsteht auch eine **zeitverzögerte Kommunikation**. Manche Klienten haben durch die zeitverzögerte Kommunikation der asynchronen Formen ein Gefühl der besseren Kontrolle über die therapeutische Beziehung. Die Antworten können reflektiert werden und Hemmungen können dadurch reduziert werden und somit Erleichterungen für den Klienten schaffen. Die zeitverschobene Kommunikation kann aber auch zu Missverständnissen und Konflikten führen, die schwerer zu erkennen sind, und auch nur zeitverzögert thematisiert werden können. Positiv anzumerken ist, dass durch die zeitverschobene Kommunikation der Online-Intervention der Therapeut mehr Zeit hat, das Geschriebene der Klienten ausführlich zu reflektieren. Der Therapeut steht nicht unter Druck, sofort antworten zu müssen und kann sich bei Bedarf auch mit Kollegen austauschen (Kersting et al., 2009).

Ein weiteres Kennzeichen von Online-Interventionen ist, dass bei ihnen - durch das Vorhandensein der ausgetauschten Texte - die Möglichkeit für den Therapeuten besteht, im **Supervisionsprozess** den gesamten therapeutischen Prozess zu verfolgen. Auch dem Klienten ist es möglich, die Antworten und sein Geschriebenes öfters zu lesen und zu reflektieren. Dies kann vor allem bei Rückfallprävention dem Klienten sehr behilflich sein (Kersting et al., 2009).

Ein Merkmal der Online-Intervention stellt auch die **therapeutische Beziehung** dar. Der Klient idealisiert und entwertet die therapeutische Beziehung und ermöglicht durch die große Distanz zwischen den Beteiligten, ungehemmter über sich selbst zu kommunizieren. Die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten ist virtuell, aber dennoch real. Die zeitliche und räumliche Distanz kann nicht mit der emotionellen gleichgesetzt werden (Kersting et al., 2009).

Bei Online-Interventionen verfügt der Klient im Vergleich zur Face-to-face-Therapie über einen **vergrößerten Entscheidungsspielraum**, da er Tempo und Intensität selbst bestimmt (Kersting et al., 2009).

Kommunikationsszenarien im Internet sind im Vergleich zu einer Face-to-Face-Therapiesitzung allerdings durch mehr Irritationen und Störungen bestimmt (Döring, 2000). Durch die Autonomie des Klienten ist es auch möglich, dass er emotional belastende Kontakte vermeidet (Kersting et al., 2009).

Aus diesen Gründen ist eine explizite Einigung über Details des Therapieprozesses über das Internet sehr wichtig und sollte ausführlich besprochen werden. So kann zum Beispiel Enttäuschung oder unnötiges Warten vermieden werden (Döring, 2000). Auch soll damit eine Verbindlichkeit hergestellt werden, die für eine Therapie notwendig ist (Kersting et al., 2009).

Auch die **Variabilität** von Online-Interventionen verdeutlicht den vergrößerten Entscheidungsspielraum. Bei einer Face-to-Face-Therapie gibt es normalerweise einen Termin pro Woche. Die Online-Intervention ermöglicht es dem Klienten, täglich Kontakt aufzunehmen. Das bedeutet, es besteht die Möglichkeit für einen Klienten, einmal am Tag mit seinem Therapeuten zu kommunizieren. Meist sind dies dann nur kurze Kontakte wofür asynchrone Medien benutzt werden. Zugleich besteht auch die Möglichkeit, wöchentliche Therapie-Sitzungen mit synchronen Medien abzuhalten. Diese können dann in einem Chat stattfinden oder auch per Videokonferenz. Der Klient kann vollkommen variable Vereinbarungen mit dem Therapeuten treffen (Beer, n.d.).

Durch die **Niedrigschwelligkeit** sinkt die Hemmschwelle bei Ratsuchenden, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen. Für viele Ratsuchende kann es leichter sein, über stark belastende Ereignisse zu schreiben, als sich verbal darüber zu äußern (Ploil, 2009).

Ein weiterer und vor allem wichtiger Aspekt der Online-Intervention ist, dass sie **keinen Anspruch auf Ausschließlichkeit** erhebt. Hiermit ist gemeint, dass Online-Interventionen nicht den Anspruch erheben, herkömmliche Face-to-Face-Therapien zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen und erweitern suchen. Ratsuchende verwenden meist nicht ausschließlich das Internet, um ihre Probleme in den Griff zu bekommen. Oft haben sie Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Therapeuten. Ratsuchende können sich online über unterschiedliche Interventionsformen Informationen holen, in einer Selbsthilfegruppe, die

online stattfindet, Unterstützung suchen oder aber auch den Erstkontakt zu einer professionellen Person herstellen (Döring, 2000).

Die **Wahrung des Selbstgefühls** von Betroffenen kann als Vorteil von Online-Interventionen gesehen werden. Es findet kein Gegenübertreten statt, der Professionalist kann nicht in das Gesicht des Klienten sehen. Der Klient kann so seine persönliche Identität wahren und seine persönliche Würde aufrecht erhalten. Die persönliche Identität bleibt gewahrt, da das Gegenüber bei der Kommunikation nicht greifbar ist, sondern unbekannt bleibt (Schultze, 2007).

Die ratsuchende Person muss sich nicht schutzlos exponieren, wie in der face-to-face-Konfrontation. Sie muss sich nicht mit dem Bekennen, als Mensch schwach, bedürftig und nicht perfekt zu sein, oder als Elternteil versagt zu haben, sich inneren Schamgefühlen und Beschädigungen ihres Selbstwertgefühles ausgesetzt sehen. Sie erleidet somit auch nicht die sonst damit einhergehende Kränkung.

Sie kann vielmehr ihr Selbstgefühl und ihre persönliche Würde wahren. Es liegt nahe, dass die ratsuchende Person so eher unbelastet Zugang zu ihren eigenen Ressourcen behalten kann, als dies bei schambedingten Gefühlen der Selbstablehnung geschehen kann (Erlernte Hilflosigkeit). (Schultze, 2007, S.4)

Nach Schultze (2007) bewirkt das Setting der Online-Intervention beim Klienten ein erhöhtes Maß an Offenheit und innerer Sicherheit. Die Antwort-Intervention des Beraters wird als effektiver erlebt. Die Antwort trifft auf eine geringere psychische Abwehr und eine erhöhte Akzeptanz kommt zum Tragen, da die Bereitschaft neue psychologische Hinweise zu übernehmen erhöht ist. Dadurch entsteht eine **höhere Änderungsbereitschaft** beim Klienten.

Diese Kennzeichen treffen jedoch nicht auf alle Online-Interventionsformen zu. Es gibt etliche Informationsseiten und Programme, deren Wirksamkeit bereits in einigen Studien (Nelson, Barnard & Cain, 2003; Andersson, Bergström, Holländare, Carlbring, Kaldö & Ekselius, 2005; Wright, Wright, Albano, Basco, Goldsmith, Raffield & Otto, 2005; Mackinnon, Griffiths & Christensen, 2008) bewiesen wurde. Diese sehen in den meisten Fällen keinen persönlichen Kontakt zu einem Professionalisten vor und werden aus diesem Grund in der vorliegenden Arbeit nicht behandelt.

Vor- und Nachteile von Online-Interventionen

Aus den soeben aufgezeigten Charakteristika ergeben sich eine Vielzahl an Vor- und Nachteilen. Die Vor- und Nachteile einzelner Medien als Online-Intervention wurden bereits diskutiert. Eichenberg (2008) gibt einen kurzen Überblick:

Merkmals	Potenzial	Gefahr
Zielgruppe	Erreichbarkeit von Personen, die u.U. traditionelle Hilfseinrichtungen nicht besuchen würden/können, z.B. bei körperlichen Behinderungen, psychischer Beeinträchtigung (z.B. ausgeprägter Agoraphobie)	Eingeschränkte Behandlungsmöglichkeit bei bestimmten Störungsbildern u. Problembereichen, z.B. akuten Krisen (vgl. Eichenberg und Pennauer, 2003)
Anonymität	<ul style="list-style-type: none"> * Subjektiv unverbindlichere Kontaktaufnahme * Erleichterte Kontaktaufnahme bei Schwellenängsten * Beschleunigte Selbstöffnung/Ansprache prekärer Themen 	<ul style="list-style-type: none"> * Missbrauch * Wegfall von sozialen Normen * Ethische Probleme: z.B. Nachweis der Professionalität des Beraters, Verbindlichkeit des Kontakts
Asynchronizität	<ul style="list-style-type: none"> * Terminliche Flexibilität * „Zone for reflection“: der Hilfesuchende kann in Ruhe sein Anliegen formulieren, der Berater gründlich und vorbereitet seine Antwort verfassen * Vereinfacht begleitende Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> * Keine Möglichkeit der unmittelbaren Reaktion: Gefahr, auf eine Problemstellung einzugehen, die aus einer bestimmten Stimmungslage heraus formuliert wurde und zum Zeitpunkt der Beantwortung nicht mehr aktuell ist
Textbasierter Austausch	<ul style="list-style-type: none"> * Ermöglicht schnelle u. höher frequentierte Konsultation * Kommt Menschen entgegen, die sich lieber schriftlich ausdrücken 	<ul style="list-style-type: none"> * Potenzial für Missverständnisse * Keine Möglichkeit, den Wahrheitsgehalt der Information zu überprüfen bzw. durch nonverbale Ausdruckszeichen zu validieren
Ökonomie	Kostengünstige Durchführung wissensvermittelnder Maßnahmen zu Therapiebeginn (zum Beispiel bei Essstörungen s. Winzelberg et al., 2000)	<ul style="list-style-type: none"> * Verlockung zur Zeitersparnis zu Ungunsten der Klienten bei stereotypem Einsatz des Internet ohne Reflexion der differenziellen Indikation

Tabelle 3: Potenziale und Gefahren der therapeutischen Intervention via Internet (Eichenberg, 2008, S.520)

Eichenberg (2008) bezieht sich nur auf die Asynchronizität von Interventionen via Internet. Wie bereits ausführlich beschrieben, werden aber auch synchrone Medien zur Kommunikation zwischen Ratsuchenden und Professionalisten verwendet.

Nach Jandl-Jäger, Strobl und Czipionka (2004) stellen das Fehlen von nonverbaler Kommunikation, sowie die fehlende unmittelbare Interaktion den größten Nachteil von Online-Interventionen dar. Fehlende unmittelbare Interaktion trifft nur auf asynchrone Medien zu. Wie bereits angesprochen kann nonverbale Kommunikation sehr wohl durch eine Videokonferenz übermittelt werden.

Diese Nachteile können partiell durch die Nutzung von Bild- und Tonübertragung ausgeglichen werden. Die meisten Personen verfügen jedoch nicht über die notwendigen

technischen Voraussetzungen, um zum Beispiel eine Videokonferenz durchzuführen. Daraus ist zu folgern, dass nur Personen mit dem notwendigen technischen Know-how, die auch den Umgang mit dem Computer beherrschen, Online-Angebote nutzen können (Jandl-Jäger, Strobl & Czepionka, 2004).

Durch die Niederschwelligkeit von Online-Angeboten kann die Klientel erweitert werden. Personen die an einer psychischen Störung mit einer großen Hemmschwelle leiden, wie zum Beispiel bei Sozialphobie, können so eine Intervention leichter in Anspruch nehmen (Jandl-Jäger, Strobl & Czepionka, 2004).

Ein Vorteil von Online-Angeboten stellt die Belanglosigkeit der geographischen Distanz dar, womit auch Menschen erreicht werden können, denen durch eine schlechte psychosoziale Infrastruktur Hilfe verwehrt bliebe (Jandl-Jäger, Strobl, Czepionka, 2004).

Als Vorteil kann die Möglichkeit einer digital erfassten Dokumentation gesehen werden, da die Kommunikation im Vergleich zum gesprochenen Wort gespeichert werden kann.

Einen negativen Aspekt stellt die Datensicherheit dar, die im Internet nie vollständig gegeben sein kann.

Weiters wird das unmittelbare Eingreifen bei einem psychiatrischen oder medizinischen Notfall durch die geografische Distanz erschwert (Jandl-Jäger, Strobl & Czepionka, 2004).

2.5 Zielgruppen

Es wurden diverse Vor- und Nachteile von Online-Interventionen diskutiert. Durch die Definition von Zielgruppen soll nun die Notwendigkeit von Interventionen, die über Kommunikationsmedien stattfinden, aufgezeigt werden.

Folgende Personen sollen mit Online-Interventionen erreicht werden:

- * Personen, die regelmäßig das Internet nutzen (Kersting, Schlicht & Kroker, 2009).
- * Personen, die eine Beratung bzw. Therapie anstreben und sich zuerst unverbindlich erkundigen wollen und den Kontakt suchen (Döring, 2000; Laszig & Eichenberg, 2003).
- * Personen, die den Wunsch nach Anonymität haben sowie nach Unabhängigkeit in der Beziehung zum Therapeuten (Kersting et al., 2009).

- * Personen, die ein bestimmtes Maß an Distanz in einer beraterischen bzw. therapeutischen Beziehung wahren möchten (Döring, 2000; Laszig & Eichenberg, 2003).
- * Personen, die ausgeprägt zurückhaltend in emotionalen Beziehungen sind (Kersting et al., 2009).
- * Personen, die eine herkömmliche Beratung bzw. Therapie aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können (Döring, 2000; Laszig & Eichenberg, 2003).
- * Personen, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und daher einen Berater oder Therapeuten nicht erreichen können (Döring, 2000; Laszig & Eichenberg, 2003).
- * Personen, die eine körperliche Behinderung oder Einschränkungen in der Mobilität haben und denen daher der Zugang zu herkömmlicher Beratung bzw. Therapie nicht möglich ist (Döring, 2000; Laszig & Eichenberg, 2003; Kersting et al., 2009).

Die angeführten Zielgruppen zeigen deutlich, dass Online-Interventionen vor allem für Personen gedacht sind, die die Möglichkeit einer Face-to-Face-Therapie nicht wahrnehmen können oder wollen.

2.6 Ethische Probleme

Die Kommunikationstechnik wirkt sich auf die Qualität der Beratung aus, die Ausformung des Beratungsprozesses wird von der angewandten Technik mitbestimmt. Zur Gewährleistung der Qualität der Beratung müssen die Anforderungen der Ratsuchenden, Fragen von Menschenbild und Ethik in der Beratung und fachliche Fragen zur benutzten Technologie beachtet werden. Auch der Datenschutz spielt eine wichtige Rolle (Wenzel, 2006).

Psychologische Materialien im Internet sollten auf ihre inhaltliche Richtigkeit überprüft werden und auch aussagekräftige Erläuterungen enthalten (Döring, 2000).

Vor allem drei ethische Fragen sind im Zusammenhang mit psychologischer Online-Beratung sowie Therapie wichtig:

1) Professionalität

Es ist schwer nachzuvollziehen, ob man Kontakt zu einem psychologischen Fachmann aufnimmt oder ob Professionalität nur vorgetäuscht wird. Aus diesem Grund sollten seriöse Angebote durch Gütesiegel hervorgehoben werden, damit man diese von unseriösen Angeboten abgrenzen kann. Es gibt hier die Möglichkeit, sich gegen Nachweis der Ausbildung als Professionalist vom Credential Check Service eine netzöffentliche Beglaubigung der Professionalität ausstellen zu lassen (Döring, 2000).

2) Vertraulichkeit

Professionelle Berater und Therapeuten sind zur Vertraulichkeit verpflichtet. Aber gelangt die Kommunikation zwischen Klienten und Berater bzw. Therapeut wirklich nicht an Dritte? Das Medium des Geschriebenen vergrößert die Wahrscheinlichkeit von Datenschutzverletzungen. Alle Kommunikationsprozesse im Internet werden automatisch gespeichert.

Eine Gefahrenquelle stellt hierbei die unbefugte Einsichtnahme Dritter in verschickte Dokumente dar. Verschlüsselungsverfahren können hier Sicherheit bieten (Döring, 2000).

Daher soll in beiderseitigem Interesse die Kommunikation so sicher wie möglich gestaltet werden, damit der Datenschutz gewährleistet ist. Die Nutzerfreundlichkeit soll maximiert, gleichzeitig das Missbrauchsrisiko gering gehalten werden (Bauer & Kordy, 2008).

3) Verbindlichkeit

Ist die Beratungs- oder Therapie-Beziehung verbindlich oder kann jederzeit ein Kontakt-Abbruch befürchtet werden? Eine „reale“ Praxis kann für Klienten eine Versicherung sein, auch im Notfall eine Anlaufsstelle zu haben. Eine E-Mail-Adresse kann diese Sicherheit nicht bieten. Aus diesem Grund sollten Angebote im Internet immer einen zweiten Kommunikationsweg anführen - wie zum Beispiel eine Telefonnummer (Döring, 2000).

2.7 Nutzungsmöglichkeiten für Professionalisten und Laien

Bisher wurde das Internet vor allem als Kommunikationsmedium dargestellt. Eichenberg (2004) verweist auf das Internet als Kommunikations- und auch Informationsmedium.

Eichenberg (2008) verdeutlicht anhand der Nutzungsmöglichkeiten des Internets die Chancen und Grenzen des Internets als ein therapeutisches Medium. Das Internet kann je nach Dienst und Anwendungsform Merkmale der Massen-, Gruppen- und interpersonalen Kommunikation aufweisen, wie in der Grafik veranschaulicht ist.

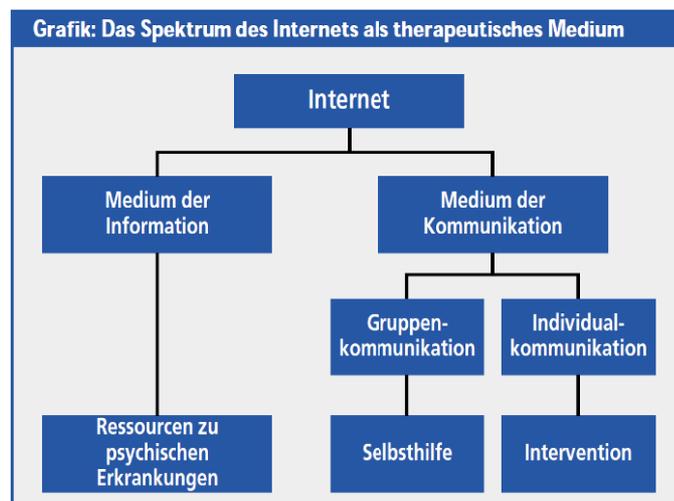


Abbildung 1: Das Spektrum des Internets als therapeutisches Medium (Eichenberg, 2004, S.14)

Es können verschiedene therapeutische Einsatzmöglichkeiten unterschieden werden:

Das Internet als **Informationsmedium** mit einem niederschweligen Zugang zu Informationen und Ressourcen über psychische Störungen (Eichenberg & Ott, 2003).

Im Internet findet man Informationen über fast jede psychische Störung, wie zum Beispiel über deren Entstehungsbedingungen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Das Internet bietet dabei einerseits eine Form von niederschwelliger Informatisierung, andererseits fühlen sich viele Nutzer von der Information auch überflutet und sehen sich mit einer undurchschaubaren Qualität von Informationen konfrontiert (Eichenberg, 2003).

Das Internet wird von Fachkreisen auch als Medium der Außendarstellung genutzt, um sich der breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Internetnutzer können somit ökonomisch, einfach und schnell zu Informationen gelangen (Eichenberg, 2003).

Als **Kommunikationsmedium** kann das Internet „verschiedene Formen computervermittelter klinisch-psychologischer Aktivitäten unterstützen.“ (Eichenberg, 2004, S.14). Internetgestützte Selbsthilfegruppen sind hier als Beispiel anzuführen. Auch finden Interaktionen zwischen Hilfesuchenden und Professionalisten statt.

Interventionsangebote, wie zum Beispiel Online-Beratung, werden vorwiegend im Einzelsetting angeboten. Diese Kommunikation lässt sich asynchron und synchron gestalten (Eichenberg, 2004).

Professionalisten können das Internet zum kollegialen Austausch nutzen. Die Möglichkeit der orts- und zeitunabhängigen Kommunikation erleichtert den beruflichen Austausch, dieser Austausch vollzieht sich auch auf internationaler Ebene (Eichenberg, 2003).

2.8 Online-Beratung vs. Online-Therapie vs. Face-to-Face-Therapie

In der Literatur wird teilweise von Online-Beratung, teilweise von Online-Therapie gesprochen. Wie später an der rechtlichen Situation in Österreich klar werden wird, darf Online-Therapie in Österreich nicht durchgeführt werden. Trotzdem wird immer wieder von Online-Therapie gesprochen. Wo sind nun die Unterschiede und wie muss der Zusammenhang zur Face-to-Face-Therapie gesehen werden?

Brunner (2006) spricht das Problem der Differenzierung von Beratung und Psychotherapie an und weist darauf hin, dass im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum die Ausbildung einer Beratungstheorie eigens für den deutschsprachigen Raum fehlt. Man begnügt sich damit, Beratung vor allem als „kleine Psychotherapie“ und diese von Psychotherapieansätzen abzuleiten und wertet die Beratung im Vergleich zur Psychotherapie ab. Methodisch nutzt man die Interventionen und Techniken der jeweiligen spezifischen Psychotherapieschule, welcher man angehört (Brunner, 2006).

Brunner (2006) unterscheidet zwischen Methode und Technik. Eine Technik kann auch ohne den Kontext eines Psychotherapieansatzes und dessen Methode(n) angewendet werden. Beispiele dafür sind aktives Zuhören, Rollenspiele, etc.

Eine Methode hingegen hat etwas mit einem Beratungskonzept, einem Menschenbild, einer Beratungstheorie oder ähnlichem zu tun. Hinter dem Handeln des Beraters steht ein Ansatz. Eine bestimmte Haltung wird gegenüber dem Betroffenen ausgedrückt (Brunner, 2006).

Demzufolge macht es dann auch einen wesentlichen Unterschied, ob es darum geht unbewusste Motive bewusst zu machen, neue Verhaltensstrategien zu lernen, dem/der Anderen (sic!) authentisch zu begegnen, den/die Ratsuchende/n mit nicht wahrgenommenen Seiten der eigenen Person zu konfrontieren etc. Methodisch offenbaren sich hier unterschiedliche Haltungen, wenn dabei auch Interventionsformen (sprich: Techniken) aus unterschiedlichen Psychotherapie- und Beratungsschulen zur Anwendung kommen können. Kurz, es geht nicht um Interventionen sondern um Haltungen im Kontext von Beratungshandeln. (Brunner, 2006, S.2)

Es wird meist nicht zwischen Online-Beratung und Online-Therapie differenziert. Da Online-Therapie in Österreich rechtlich gesehen nicht angeboten werden darf, wie später deutlich werden wird, begnügt man sich damit Online-Therapie zu betreiben und sie als Online-Beratung auszugeben.

Aus diesem Grund wurde für die vorliegende Arbeit auch der unverfängliche Begriff der Online-Intervention benutzt, da weder der Begriff der Online-Beratung noch der Begriff der Online-Therapie die reale Situation in Österreich widerspiegelt.

Nicht nur die Begriffsdefinition stellt, wie zu Beginn aufgezeigt, beim Thema Online-Intervention ein Problem dar, sondern auch beim Setting sind sich viele Autoren uneinig. Seit den 1990er-Jahren wird Online-Beratung im Internet angeboten (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005). Martha Ainsworth war eine der Ersten, die sich mit dem Thema „E-therapy“ auseinandergesetzt hat. Sie wertet sie ab, da ihrer Meinung nach „E-therapy“ nicht der beste Weg ist, um Menschen mit ernststen psychischen Problemen zu helfen (Laszig & Eichenberg, 2003).

Nach Stetina et al. (2009) können Onlineangebote entweder ergänzend zu einer Face-to-Face-Therapie stattfinden, oder aber auch selbstständig durchgeführt werden. Döring (2000) meint, dass Online-Aktivitäten nicht als Ersatz zu sehen sind, sondern vielmehr eine Erweiterung und Ergänzung von herkömmlichen Kommunikationsformen darstellen. Laszig und Eichenberg (2003) weisen darauf hin, dass, wenn die Möglichkeit besteht einen Therapeuten aufzusuchen, diese auch genutzt werden sollte.

Knatz und Dodier (2003) sehen Online-Interventionen als eine Ergänzung und auch als Alternative zur Face-to-Face-Beratung. „Alles hat seine eigene Berechtigung und Notwendigkeit, und im Zeitalter der Mobilität, der Flexibilität, der Kreativität kann sowohl E-Mail-Beratung selbstständig, als auch in paralleler Nutzung mit anderen Beratungsformen zum Erfolg führen.“ (Knatz & Dodier, 2003, S.16)

Die Meinungen, ob Online-Interventionen als eine Ergänzung oder sogar als Alternative zu Face-to-Face-Therapien angesehen werden können, sind also geteilt.

Andermatt (2003) sieht Online-Interventionen vor allem als Sprungbrett zu einer Face-to-Face-Therapie. Er beschreibt in seinem Artikel „Psychotherapie im Internet?“ die Geschichte einer Frau, die in einem E-Mail um Hilfe bat und ihre Symptome schilderte.

In einer Antwort wurde sie ermuntert, offen über ihre Probleme zu sprechen und sich professionelle Hilfe zu suchen. Es entstand eine Auseinandersetzung per E-Mail über die Sinnhaftigkeit einer Therapie und nach einem gescheiterten Versuch im Face-to-Face-Setting schaffte diese Frau es nach Monaten intensiver E-Mail-Kontakten eine Face-to-Face-Therapie in Anspruch zu nehmen.

Andermatt (2003) beschreibt mehrere solcher Fälle, die durch intensiven E-Mail-Kontakt den therapeutischen Prozess einleiten konnten und auch selbst Elemente einer Psychotherapie aufwiesen.

Petzold (2006) weist darauf hin, dass auch Face-to-Face-Kommunikation Restriktionen unterworfen ist. Die Gesprächspartner sind zeitlich voneinander abhängig, es kann nur einer sprechen, die Redezeit ist meist ungleich verteilt, eine Pause kann man sich kaum leisten und Anonymität ist nicht gewahrt.

Wie hier deutlich wurde, entstehen bei Online-Interventionen nicht nur durch die unterschiedlichen Charakteristika der Medien verschiedener Settings, sondern auch durch die vielfältigen Möglichkeiten der Inanspruchnahme wie ergänzend, selbstständig oder zu einer Face-to-Face-Therapie hinführend.

Warum trotz der Empfehlung von Autoren wie Ainsworth, Laszig und Eichenberg (2003), vorrangig eine Face-to-Face-Therapie in Anspruch zu nehmen, Online-Interventionen aus dem gesundheitlichen Sektor nicht wegzudenkende Angebote und Alternativen sind, haben bereits die unterschiedlichen Zielgruppen gezeigt.

2.9 Rechtliche Grundlagen

Die Behandlung der rechtlichen Grundlagen ist bei diesem Thema wesentlich, da Online-Therapie in Österreich aus rechtlicher Sicht nicht durchgeführt werden darf, Online-Beratung hingegen schon. Problematisch ist hier zu sehen, dass aus diesem Grund Therapieangebote einfach unter dem Begriff „Beratung“ angeboten werden.

In Österreich wird die rechtliche Situation durch die „Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2005) bestimmt. Die Richtlinie soll die „grundlegenden fachlichen und (berufs-)rechtlichen Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Tätigkeiten im Internet“ definieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2005, S.3). Das Bundesministerium gibt an, dass keine Psychotherapie über das Internet „im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens existiert“. Auch sollen Begriffe wie Online-Therapie oder Cyber-Therapie zur Beschreibung des Angebotes im Internet nicht verwendet werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2005, S.4).

Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdruckes. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt – wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht – erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind. (Bundesministerium für Gesundheit, 2005, S.4)

Aus Sicht des Bundesministeriums können diese Anforderungen nicht erfüllt werden, weshalb eine Psychotherapie via Internet aus rechtlicher Sicht nicht unterstützt wird. Psychotherapeutische Tätigkeiten über das Internet müssen deshalb der Beratung zugeordnet werden. Psychotherapeutische Beratung, Coaching, Vermittlung von Selbsterfahrung oder Supervision fallen rechtlich gesehen in die Ausübung der Psychotherapie und daher müssen die gesetzlich normierten Berufspflichten, die durch den Berufskodex für PsychotherapeutInnen festgelegt sind, eingehalten werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2005).

Hierbei muss man bedenken, dass die Internetrichtlinien bereits vor sechs Jahren verfasst wurden und in diesem Bereich rasante Veränderungen - vor allem in der technischen

Entwicklung - stattgefunden haben. Fraglich ist, ob Videokonferenzen dem Face-to-Face-Setting sehr nahe kommen und daher die angeführte Argumentation auf diese noch zutreffen kann.

Laut Psychotherapiegesetz 1990 idgF § 14 Absatz 2 muss ein Psychotherapeut seinen Beruf persönlich und unmittelbar ausüben (Psychotherapiegesetz, 1990). Dies würde alle asynchronen Medien durch das Verlangen der Unmittelbarkeit ausschließen. Die persönliche Ausübung kann durch Online-Intervention jedoch sehr wohl gewährleistet werden. Vor allem bei Medien wie Telefon oder Videokonferenz kann sich der Klient davon überzeugen, dass er mit seinem Therapeuten kommuniziert.

2.10 Disziplinäre Anbindung

Um eine disziplinäre Anbindung des Themas an die Pädagogik zu schaffen, muss zunächst geklärt werden, womit sich Pädagogik beschäftigt.

Im Fokus der Pädagogik steht die Autonomie des Menschen (Kron, 1999). Ziel von Erziehungsbemühungen ist die Autonomie des Individuums. Und auch als Erwachsener soll die Autonomie weiterentwickelt und ein Maß der Selbstbestimmung erreicht werden (Finckh, 2009).

Pädagogik versucht, die Autonomie des Individuums zu schützen. Die Aufgabe bzw. Funktion der Therapie wird wie folgt gesehen:

Professionalisiertes Handeln soll nach Oevermann (1996) die Autonomie der Lebenspraxis sichern, wiederherstellen und wahren. Professionelle beschäftigen sich mit Lebenspraxen, die eine Krise durchleben, und deren Autonomie dadurch unmittelbar gefährdet, außer Kraft oder in Frage gestellt wird (Oevermann, 1996). Aufgrund von Oevermann (1996) kann man schließen, dass die Aufgabe der Therapie eine Wiederherstellung einer beschädigten Lebenspraxis ist.

In der Pädagogik - sowie auch in der Therapie - steht die Autonomie des Menschen im Mittelpunkt. Die Pädagogik schützt die Autonomie des Individuums, eine Therapie soll eine beschädigte Lebenspraxis wiederherstellen, aber auch schützen.

Wie bereits erwähnt, dürfen Online-Interventionen in Österreich nicht als Therapie bezeichnet werden, aus diesem Grund wird meist Beratung über das Internet angeboten. Nun stellt sich die Frage, ob Beratung dasselbe Ziel in Bezug auf die Autonomie des Menschen verfolgt wie Therapie.

Schnoor (2006) meint, dass sich Beratung durch gemeinsames Erforschen des Problems mit dem Klienten auszeichnet. Es werden die Optionen überprüft, mit welchen der Klient seine Probleme selbst lösen kann. Zu Beginn einer Beratung werden Möglichkeiten erörtert, die der Klient hat, um seine Probleme autonom lösen zu können (Schnoor, 2006).

Auch Schnoor spricht von der Autonomie des Individuums.

Ein anderes zentrales Thema der Pädagogik sowie der Therapie ist die Verständigung zwischen Menschen – die Kommunikation. Kommunikation spielt im Bereich der

Medienpädagogik eine essentielle Rolle.

Medienpädagogik kann als Kommunikationspädagogik angesehen werden und Medien als Kommunikationsinstrumente. Globales Ziel der Medienpädagogik ist der Erwerb von kommunikativer Kompetenz mit Medien (Hoffmann, 2003). Der Computer stellt bei Online-Interventionen das Kommunikationsinstrument dar, im Umgang mit dem Computer wird kommunikative Kompetenz erlernt.

Die Autonomie und die Kommunikation des Individuums stellen demnach zentrale Themen sowohl der Pädagogik als auch der Beratung und Therapie dar.

III. EMPIRISCHER TEIL

Im dritten Teil dieser Arbeit – dem empirischen Teil – soll zwei Hauptfragen nachgegangen werden:

1. Wie sieht die Situation der Online-Intervention in Österreich aus?
2. Welche psychischen Störungsbilder sind für Online-Interventionen besonders gut geeignet?

3.1 Identifizieren eines Erkenntnisinteresses

Wie sieht die Situation der Online-Intervention in Österreich aus?

Es gibt keine Erhebungen über die Situation der Online-Interventionen in Österreich. Psychotherapeuten und Psychologen bieten Online-Intervention an, in welchem Ausmaß sie das tun, ob diese ergänzend oder selbstständig durchgeführt wird bzw. welcher Methode sie angehören, bleibt jedoch unklar.

Anhand einer Fragebogenuntersuchung mit Psychologen und Psychotherapeuten sollen diese Fragen geklärt werden.

Welche Störungsbilder sind für Online-Interventionen besonders gut geeignet?

Vermutlich gibt es Störungsbilder, die auf Online-Interventionen sehr gut ansprechen würden, die aber bis jetzt aufgrund ihres geringeren Auftretens noch nicht untersucht wurden. Es sollen Störungsbilder gefunden werden, für die eine Online-Intervention besonders gut geeignet ist.

In der Literatur finden sich verschiedene Störungsbilder, die in Zusammenhang mit Online-Interventionen untersucht wurden (Kap. 5.2). Es gibt Studien über die häufigsten psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression (Kap. 5.2.1). Es wird jedoch nicht versucht, Gemeinsamkeiten zwischen den Störungen, die bereits in Studien untersucht wurden, festzustellen. Daher sollen Gemeinsamkeiten der Symptome in den bereits untersuchten Störungsbildern in der Literatur (Kap. 5.2), bei denen durch Online-Interventionen ein Erfolg zu verzeichnen war, gefunden werden. Von den Symptomen der Störungsbilder sollen in einer Fragebogenuntersuchung Therapeuten durch ihre Erfahrung angeben, welche davon die Inanspruchnahme einer Online-Intervention wahrscheinlicher

machen. Aus den hier erschlossenen Symptomen, wie zum Beispiel „sozialer Rückzug“, soll auf andere Störungsbilder geschlossen werden. Es sollen Störungsbilder identifiziert werden, die in der Literatur aufgrund ihres geringeren Auftretens in der Gesellschaft nicht untersucht wurden.

3.2 Forschungsleitende Fragestellungen

Wie sieht die Situation der Online-Intervention in Österreich aus?

Die Situation der Online-Interventionen in Österreich soll beschrieben werden.

Welche Störungsbilder werden in Studien behandelt?

Durch die in einer ausgiebigen Literaturrecherche gefundenen Störungsbilder sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Symptomen herausgearbeitet werden.

Welche Symptome machen das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher?

Die Symptome von psychischen Krankheitsbildern aus den gefundenen Studien sollen mit den Ergebnissen der Fragebögen verglichen werden. Gibt es nach Aussagen der Therapeuten und Psychologen Symptome, die das Aufsuchen wahrscheinlicher machen als andere Symptome?

Hypothesen:

- * Es gibt Menschen mit bestimmter Symptomatik, die besonders gut auf Online-Interventionen ansprechen.
- * Es gibt Symptome, die das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher machen. Als Beispiel sollen dies Symptome der Depression verdeutlichen:
 - vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (kein Gegenübertreten)
 - verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration (kein Zeitdruck)
 - verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit (Online-Interventionen sind nicht an Zeit gebunden)(Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).
- * In den durch Online-Interventionen behandelten Störungen lassen sich Gemeinsamkeiten in den Symptomen erkennen.

Für welche Störungsbilder könnten Online-Interventionen besonders geeignet sein?

Es wird anhand von Symptomen, die die Wahrscheinlichkeit einer Online-Intervention erhöhen, auf andere psychische Störungen geschlossen, die bisher durch ihr geringes Vorkommen noch nicht untersucht wurden.

Hypothesen:

- * Es gibt Störungsbilder, die auf Online-Interventionen gut ansprechen würden, die aber bisher noch nicht untersucht wurden.
- * Aufgrund von Online-Intervention in Anspruch zu nehmenden wahrscheinlichkeitserhöhenden Symptomen kann auf weitere, noch nicht untersuchte Störungsbilder geschlossen werden.

Menschen mit welchen Störungen werden in Österreich am häufigsten durch Online-Interventionen behandelt?

Durch die Fragebogenuntersuchung soll auch die Häufigkeit der sich in Behandlung befindenden Menschen mit unterschiedlichen Störungsbildern erfasst werden.

3.3 Forschungsmethodik und Untersuchungsplan

Die Situation in Österreich soll mit Hilfe eines Online-Fragebogen erfasst werden.

Welche Störungen besonders gut für Online-Interventionen geeignet sind, soll folgendermaßen untersucht werden:

In einer Literaturrecherche sollen störungsspezifische Wirksamkeitsstudien gefunden werden und die Symptome der untersuchten Störungsbilder, die aus der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (2010) entnommen werden, auf die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Aufsuchen einer Online-Intervention gefiltert werden, indem Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden.

Diese Symptome sollen in einer quantitativen Erhebung Therapeuten und Psychologen, die Online-Intervention anbieten, vorgelegt werden und nach deren Meinung gefragt werden, ob diese Online-Interventionen wahrscheinlicher machen. Die Frage nach dem Symptom „sozialer Rückzug“ würde folgendermaßen lauten: „Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen die das Symptom „sozialer Rückzug“ aufweisen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“

Die Therapeuten und Psychologen haben dann die Möglichkeit auf einer Ratingskala von „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“, „Nein“ und „Weiß nicht“ ihre Erfahrungen anzugeben.

Aus den gefundenen Symptomen soll auf andere psychische Störungen geschlossen werden.

Als Beispiel sei hier Dymorphophobie genannt. Betroffene beschäftigen sich übermäßig oft mit eingebildeten Mängeln oder vermeintlichen Entstellungen, sowie ihrem äußeren Erscheinungsbild.

Auf der Handlungsebene lässt sich ein Vermeidungsverhalten feststellen. Sozialer Rückzug ist hiervon ein Symptom. Es liegt eine Beeinträchtigung im sozialen oder beruflichen Bereich vor. Soziale Phobie ist zum Beispiel eine Folgeerkrankung von Dymorphophobie (Driesch, Burgmer & Heuft, 2004).

Dymorphophobie tritt im Vergleich zu anderen psychischen Störungen, wie zum Beispiel der Depression, nicht sonderlich häufig auf. Jedoch bieten sich Online-Interventionen für Betroffene besonders gut an, da der soziale Rückzug so weit gehen kann, dass Betroffene ihr Haus nicht mehr verlassen.

Ebenso soll die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Online-Interventionen durch Menschen mit psychischer Erkrankung, mittels eines Fragebogens erhoben werden.

Der Fragebogen wird an österreichische Psychotherapeuten und Psychologen, die Online-Interventionen anbieten, versendet. Ebenso erfolgt eine Aussendung an Psychotherapeuten und Psychologen, die keine Online-Interventionen anbieten, um gegebenenfalls gegenläufige Meinungen einzubeziehen.

IV. ONLINE-INTERVENTION IN ÖSTERREICH – EINE SITUATIONSBESCHREIBUNG

4.1. Zusammensetzung der Stichprobe und Fragebogenbeschreibung

4.1.1 Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen kann in drei Teile zergliedert werden.

Zunächst wurden kurz die Teilnahmebedingungen erklärt. Teilnahmeberechtigt waren nur Psychotherapeuten und Psychologen. Es wurde darauf hingewiesen, dass auch Personen an der Umfrage teilnehmen können, wenn sie keine Klienten online betreuen.

Etliche demographische Daten wie Geschlecht, Alter, Therapierichtung, Berufserfahrung folgten. Anschließend wurden konkrete Fragen zu Online-Interventionen gestellt: Ob der Umfrageteilnehmer diese anbietet, in welcher Form, mit welchen Medien und in welchem Ausmaß.

Die Teilnehmer wurden dann nach der empfundenen Sinnvolligkeit von Online-Interventionen gefragt wobei sie die Möglichkeit hatten, Anmerkungen zu diesem Punkt zu geben. Der erste Teil des Fragebogens schloss mit der Frage, welche Störungsbilder mittels Online-Interventionen bereits von den Befragten behandelt wurden.

Der zweite Teil beinhaltete Fragen zu Qualitätskriterien von Online-Interventionen. Hier hatten die Teilnehmer die Möglichkeit anzugeben, wie wichtig oder unwichtig sie bestimmte Kriterien in Bezug auf Webseite, Kommunikation, Interventionsmaßnahmen oder Organisatorisches sehen.

Im dritten und somit letzten Teil wurden die Therapeuten und Psychologen nach ihrer Erfahrung gefragt, welche Symptome das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher machen.

Der gesamte Fragebogen findet sich im Anhang (8.1).

4.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Die Online-Umfrage wurde an 567 Psychologen und Psychotherapeuten per E-Mail verschickt. Die E-Mailadressliste wurde folgendermaßen zusammengestellt:

Internetplattform www.psyonline.at:

- * Auf der Internetplattform www.psyonline.at wurden Psychotherapeuten, die das Setting „Beratung per eMail“ angegeben haben, gesucht. 212 Psychotherapeuten konnten gefunden werden.
- * Weiters wurden Therapeuten gesucht, die das Setting „Telefonische Beratung“ anboten. Hier konnten 204 Psychotherapeuten gefunden werden.
- * Da etliche Therapeuten das Setting „Beratung und eMail“ sowie das Setting „Telefonische Beratung“ angegeben haben, konnten insgesamt 333 Psychotherapeuten gefunden werden.

Internetplattform www.psychologen.at:

- * Auf der Internetplattform www.psychologen.at wurden Psychologen, die das Setting „Beratung per eMail“ anbieten, gesucht. 116 Psychologen hatten dieses Setting angegeben.
- * Das Setting „Online-Beratung (Chat)“ hatten 25 Psychologen angegeben.
- * 115 Psychologen hatten das Setting „Telefonische Beratung“ angegeben.
- * Auch hier gab es wieder etliche Psychologen, die zwei der drei oder alle drei Settings anbieten; so konnten insgesamt 184 Psychologen identifiziert werden.

Da einige der Psychotherapeuten auch Psychologen sind, wurden insgesamt 449 Psychotherapeuten, Psychologen oder beides in die E-Mail-Adressliste aufgenommen.

Damit auch Psychologen und Psychotherapeuten die keine Erfahrung mit Online-Interventionen haben, den Online-Fragebogen ausfüllen, wurden weitere E-Mail-Adressen in die Liste aufgenommen:

- * In der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit wurde jeder 100ste in der Liste - je nach Verfügbarkeit einer E-Mail-Adresse - ausgewählt. Somit kamen 73 E-Mail-Adressen zustande.
- * Da weniger Psychologen als Psychotherapeuten auf den Internetplattformen gefunden werden konnten, wurden auch weniger Psychologen in die Kontrollgruppe aufgenommen. Aus der Psychologenliste des Bundesministeriums für Gesundheit wurde jeder 150ste - wieder je nach Verfügbarkeit einer E-Mail-Adresse – ausgewählt; und so kamen 46 weitere E-Mail-Adressen zustande.
- * Insgesamt umfasst die Kontrollgruppenliste 118 Personen, da eine Person auf beiden Listen zu finden war.

Die endgültige Liste besteht demnach aus 567 E-Mail-Adressen.

Der Fragebogen wurde am 12. 11. 2010 an 567 Personen versendet. Am 29. 11. 2010 wurde an alle Personen eine Erinnerung bzw. ein Dankeschön versendet. Der Fragebogen konnte bis zum 05. Dezember 2010 aufgerufen werden.

Insgesamt riefen 134 Personen den Fragebogen auf. Der Fragebogen kann in drei unabhängige Teile geteilt werden und so ergeben sich für jeden Teil unterschiedliche Rücklaufquoten.

Der erste Teil, der die demographischen Daten sowie die Einstellung zu Online-Interventionen erfasst, wurde von 73 Personen komplett ausgefüllt. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 12,87 %.

Der zweite Teil, der die Qualitätskriterien von Online-Interventionen erhebt, wurde von 60 Personen vollständig ausgefüllt und erzielte somit eine Rücklaufquote von 10,41 %.

Der dritte Teil, in dem Symptome dahingehend bewertet werden sollten, wie sehr sie die Wahrscheinlichkeit, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, erhöhen, wurde von 50 Personen ausgefüllt. Für den letzten Teil ergibt sich, demnach eine Rücklaufquote von 8,82 %.

4.2 Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse

4.2.1 Geschlecht

An der Online-Umfrage nahmen 54 Frauen (= 74 %) und 19 Männer (= 26 %) teil.

4.2.2 Alter

Es nahmen fünf 26 - 30jährige (= 6,8 %), zwei 31 - 35-jährige (= 2,7 %), zehn 36 - 40jährige (= 13,7 %), 18 41 - 45jährige (= 24,7 %), acht 46 - 50jährige (= 11,0 %), elf 51 - 55jährige (= 15,1 %), elf 56 - 60jährige (= 15,1 %), drei 61 - 65jährige (= 4,1 %), zwei 66 - 70jährige (= 2,7 %) und drei (= 4,1 %) über 70jährige Psychotherapeuten oder Psychologen teil.

4.2.3 Angehörige Methode bzw. Beruf

Die teilnehmenden Psychotherapeuten sollten angeben, welcher Methode sie angehören. Für Psychologen gab es die Möglichkeit „Klinische/r PsychologIn“ auszuwählen. Außerdem gab es die Möglichkeit im Feld „Sonstiges“ weitere Berufsbezeichnungen anzugeben. Es war den Teilnehmern möglich, mehrere Antworten auszuwählen.

26 (= 22,2 %) der 73 Befragten gaben an, Klinische Psychologen zu sein. 17 (= 14,5 %) gaben an, eine Ausbildung zum Systemischen Familientherapeuten zu haben, jeweils neun (= 7,7 %) Verhaltenstherapie und integrative Gestalttherapie anzubieten. Acht (= 6,8 %) Hypnopsychotherapeuten und sieben (= 6,0 %) Klientenzentrierte Psychotherapeuten nahmen ebenfalls teil. Es nahmen keine Psychologen oder Psychotherapeuten teil, die der Analytischen Psychologie, der Daseinsanalyse, der Gestalttheoretischen Psychotherapie oder der Neurolinguistischen Psychotherapie angehörten. Die restlichen Angehörigkeiten zu einer Methode sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Methode/Beruf	Antworten	
	N	Prozent
Systemische Familientherapie	17	14,50 %
Integrative Gestalttherapie	9	7,70 %
Verhaltenstherapie	9	7,70 %
Hypnopsychotherapie	8	6,80 %
Klientenzentrierte Psychotherapie	7	6,00 %
Personenzentrierte Psychotherapie	4	3,40 %
Existenzanalyse	4	3,40 %
Autogenes Training	3	2,60 %
Katathym Imaginative Psychotherapie	3	2,60 %
Psychodrama	3	2,60 %
Psychoanalyse	2	1,70 %
Individualpsychologie	2	1,70 %
Integrative Therapie	2	1,70 %
Konzentrierte Bewegungstherapie	2	1,70 %
Existenzanalyse und Logotherapie	1	0,90 %
Gruppenpsychoanalyse	1	0,90 %
Transaktionsanalytische Psychotherapie (Transaktionsanalyse)	1	0,90 %
Dynamische Gruppenpsychotherapie	1	0,90 %
KlinischeR PsychologIn	26	22,20 %
Sonstiges	12	10,30 %
Gesamt	117	100 %

Tabelle 4: Methodenangehörigkeit/Klinischer Psychologe

Bei „Sonstiges“ wurde folgendes angegeben:

Psychotherapie nach Übergangsbestimmungen, Arbeitspsychologe, Bewegungsanalyse (Methode Cary Rick), Biofeedbacktherapie, Forensische und Gesundheitspsychologe, Gesundheitspsychologe, Gesundheitspsychologe und Arbeitspsychologe, Kinesiologie und Systemische Aufstellungen, Somatische Traumatherapie, Tanztherapie und Körper- und Bewegungstherapie, Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) und keine Methodenangehörigkeit.

4.2.4 Berufserfahrung

46 (= 63,1 %) der Befragten gaben an, zwischen null und 15 Jahren Berufserfahrung zu haben. 22 (= 30,1 %) der Befragten hat zwischen 16 und 30 Jahren Berufserfahrung. Über 31 Jahre Berufserfahrung haben lediglich fünf (= 6,9 %) Personen. Details sind der folgenden Abbildung zu entnehmen:

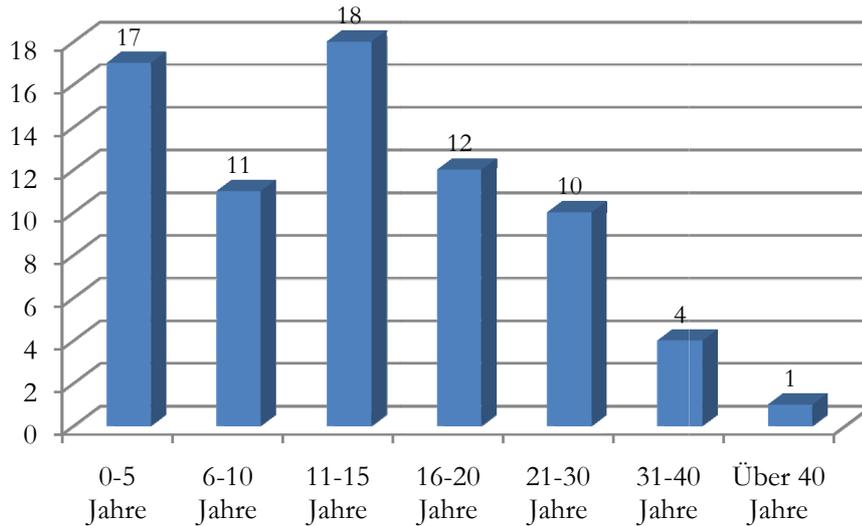


Abbildung 2: Berufserfahrung

4.2.5 Angebot

Hier wurde das Angebot abgefragt, welches die befragten Psychotherapeuten und Psychologen anbieten. Bei dieser Frage waren auch Mehrfachantworten möglich.

Sieben Personen (fünf weibliche und zwei männliche) gaben an, Online-Therapie anzubieten.

Online-Beratung bieten 21 weibliche und acht männliche Befragte an.

Face-to-Face-Therapie bieten 45 weibliche und 16 männliche Personen an und 47 weibliche und 16 männliche Befragte bieten Face-to-Face-Beratung an.

Folgende Abbildung gibt Aufschluss über die Verteilung:

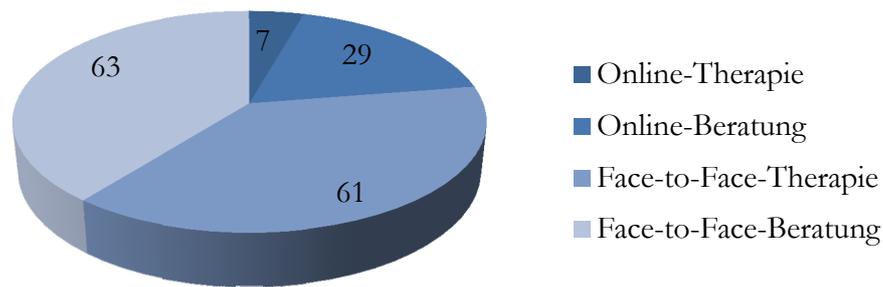


Abbildung 3: Angebot

Interessant ist hier, dass nach der „Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet“ das Angebot von Online-Therapie in Österreich untersagt ist. Erwartungsgemäß hätte hier kein Psychologe oder Psychotherapeut die Möglichkeit „Online-Therapie“ auswählen dürfen. Dass diese Möglichkeit jedoch sogar sieben Personen ausgewählt haben, zeigt, dass Online-Therapie in Österreich trotz des Verbotes sehr wohl praktiziert wird oder dass sich die Personen des Verstoßes nicht bewusst sind.

Aufschlussreich ist auch, dass 29 der 73 Befragten angaben, Online-Beratung anzubieten. Damit zeigt sich, dass Online-Beratung unter den Psychologen und Psychotherapeuten weit verbreitet ist.

4.2.6 Ergänzende Face-to-Face-Therapie oder selbstständige Online-Intervention

44 (= 60,3 %) der 73 Personen gaben an, Online-Intervention ergänzend zur Face-to-Face-Intervention anzubieten. 29 (= 39,7 %) beantworteten die Frage mit „Nein“ und gaben somit an, keine Online-Interventionen zum Face-to-Face-Setting anzubieten.

Zwölf (= 16,4 %) der 73 Befragten arbeiten mit manchen ihrer Klienten ausschließlich online.

An der folgenden Kreuztabelle ist ersichtlich, dass lediglich eine Person selbstständige Online-Intervention anbietet und dies nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting. Elf Personen gaben an, sowohl selbstständige Online-Intervention anzubieten, als auch eine Online-Intervention ergänzend zum Face-to-Face-Setting.

		Selbstständige Online-Intervention		Gesamt
		Ja	Nein	
Ergänzend zur Face-to-Face-Therapie	Ja	11	33	44
	Nein	1	28	29
Gesamt		12	61	73

Tabelle 5: Selbstständige und ergänzende Online-Interventionen

33 der befragten Psychologen und Psychotherapeuten gaben an, keine selbstständige Online-Intervention anzubieten, sondern ergänzend zum Face-to-Face-Setting.

28 der Befragten gaben an, weder eine Online-Intervention selbstständig oder ergänzend zum Face-to-Face-Setting anzubieten.

4.2.7 Mediennutzung

Auch hier waren Mehrfachantworten möglich. Die Psychotherapeuten und Psychologen wurden gefragt, welche Medien sie zu Online-Interventionen benutzen. Am häufigsten wird mit E-Mails und per Telefon kommuniziert, aber auch SMS werden stark genutzt. Mit Videokonferenz arbeiten neun Personen. Chat, Forum und Sonstiges werden von 6, 2 und 24 Personen genutzt.

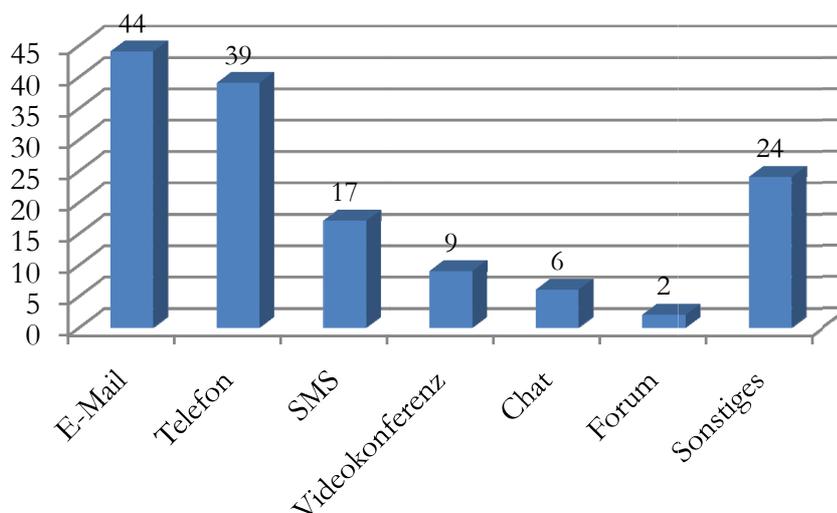


Abbildung 4: Mediennutzung

Bei „Sonstiges“ gaben acht Personen an, keine Medien zu nutzen. Drei Befragte gaben an, nur zur Terminvereinbarung Medien zu nutzen. Einer gab an, dass er manchmal per E-Mail kommuniziere, dies für ihn aber noch keine Intervention darstelle. Einer gab „psyonline“ an, zwei „skype“ und eine/r „Tape counseling“.

Interessant ist es, dass Forum und Chat eher weniger Anwendung finden. In der Literatur werden diese Medien in Zusammenhang mit Online-Intervention stark diskutiert. (z.B. Blesch et al., 2004; Heider, 2008; Hintenberger, 2006)

4.2.8 Berufserfahrung online

23 (=31,5%) der 73 Befragten gaben an, keine Online-Berufserfahrung zu besitzen. Jeweils acht (=16,5%) Personen haben weniger als ein Jahr oder 1 - 2 Jahre Berufserfahrung online. 13 (=17,8%) Personen arbeiten seit 3 - 4 Jahren über das Internet, neun (=12,3%) seit 5 - 6 Jahren und zwei (= 2,8 %) seit 7 - 8 Jahren.

Erstaunlich ist, dass jeweils vier (=5,5%) Personenangaben, 9 – 10 bzw. 11 - 12 Jahre Online-Berufserfahrung zu haben und zwei (=2,8%) Personen haben sogar über 15 Jahre online Berufserfahrung gesammelt.

David Sommers, Leonhard Holmes und John Grohol boten 1995 erstmals Onlineberatung an, womit die Phase kommerzieller Angebote im Internet begann (Laszig, Eichenberg, 2003). Interessant ist, dass zwei Personenangaben, über 15 Jahre Berufserfahrung zu haben. Dies würde bedeuten, dass in Österreich schon 1995 Online-Interventionen über das Internet eingesetzt wurden.

4.2.9 Stunden online

Auf die Frage, wie viele Stunden in der Woche als Online-TherapeutIn/BeraterIn gearbeitet wird, gaben 23 (= 31,5 %) Personen an, keine Online-Intervention anzubieten, 32 (= 43,8 %) gaben an, weniger als eine Stunde online zu arbeiten. 16 (= 21,9 %) Psychotherapeuten oder Psychologen gaben an, 1 - 5 Stunden online zu arbeiten, und jeweils einer (= 1,4 %) gab an, 6 - 10 und 36 - 40 Stunden online tätig zu sein.

4.2.10 Betreuung über einen langen bzw. kurzen Zeitraum

34 (= 46,6 %) Personen gaben an, keine Klienten online zu betreuen. Drei (= 4,1 %) gaben an, Klienten über einen langen Zeitraum zu betreuen. 19 (= 26,0 %) Umfrageteilnehmer gaben an, Klienten sowohl über einen langen als auch über einen kurzen Zeitraum zu betreuen. 15 (= 20,5 %) Personen gaben an, Klienten hauptsächlich über einen kurzen Zeitraum zu betreuen.

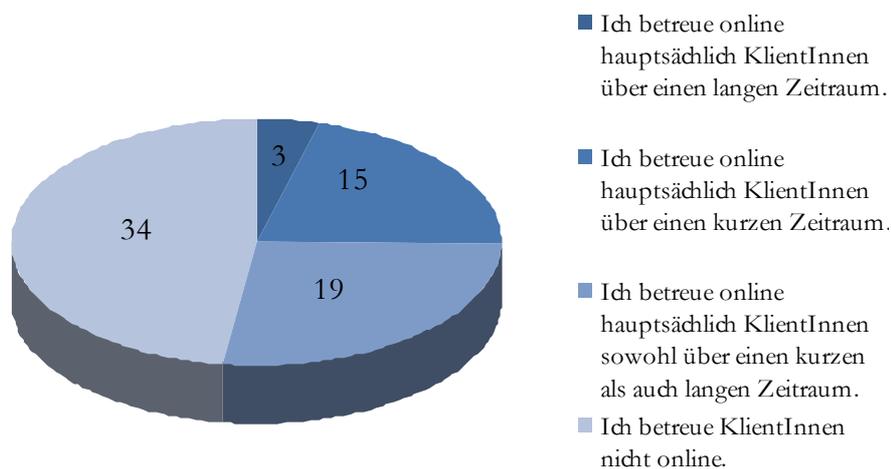


Abbildung 5: Betreuung über unterschiedlich lange Zeiträume

4.2.11 Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl an online stattfindenden Kontakten

Zunächst sollten die Befragten die minimale und maximale Anzahl an Kontakten mit Online-Klienten angeben. Befragte, die keine Online-Intervention anbieten, sollten hier bei beiden Fragen Null angeben.

Die minimale Anzahl an Kontakten reicht von null bis 20 Kontakten, die maximale Anzahl online stattfindender Kontakte reicht von null bis 400. Die Variation der Online-Kontakte wird hierdurch deutlich. Details sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Bei einer zweiten Frage sollten die Psychologen und Psychotherapeuten angeben, wie viele Kontakte zu einem Klienten durchschnittlich online stattfinden. 15 Personen gaben an, dass null Kontakte online stattfinden, dass sie also nur im Face-to-Face-Setting arbeiten. Die Anzahl der online stattfindenden Kontakte variiert sehr stark. Die meisten Kontakte finden zwischen 1 und 25 Kontakten statt. Jeweils einer gab an, dass durchschnittlich 100 und 200 Kontakte online stattfinden. Weitere Details sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Minimale Anzahl online stattfindender Kontakte			Maximale Anzahl online stattfindender Kontakte			Durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte		
Anzahl	Häufigkeit	Prozent	Anzahl	Häufigkeit	Prozent	Anzahl	Häufigkeit	Prozent
0	16	21,9 %	0	14	19,2 %	0	15	20,5 %
1	20	27,4 %	2	2	2,7 %	1	5	6,8 %
2	6	8,2 %	3	5	6,8 %	2	6	8,2 %
3	6	8,2 %	4	2	2,7 %	3	5	6,8 %
5	2	2,7 %	5	4	5,5 %	4	1	1,4 %
10	1	1,4 %	6	1	1,4 %	5	4	5,5 %
20	1	1,4 %	10	9	12,3 %	8	1	1,4 %
			15	3	4,1 %	10	5	6,8 %
			20	2	2,7 %	20	1	1,4 %
			25	3	4,1 %	25	2	2,7 %
			38	1	1,4 %	100	1	1,4 %
			40	1	1,4 %	200	1	1,4 %
			70	1	1,4 %			
			100	1	1,4 %			
			150	1	1,4 %			
			400	1	1,4 %			
fehlend	21	28,8 %	fehlend	22	30,1 %	fehlend	26	35,6 %
Gesamt	73	100 %	Gesamt	73	100 %	Gesamt	73	100 %

Tabelle 6: Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte

In der Tabelle ist zu sehen, dass sehr viele Online-Kontakte einmalige oder kurze Kontakte sind. Bei der maximalen Anzahl online stattfindender Kontakte findet man ein großes Spektrum unterschiedlicher Längen. Die durchschnittliche Anzahl der Online-Kontakte zeigt wieder, dass die meisten Kontakte eher kürzer sind. Jedoch ist auch sehr gut zu erkennen, dass es einige Personen gibt, die auch lange Kontakte mit ihren Klienten pflegen.

Im Anhang (8.2) findet sich eine Tabelle mit den genauen Angaben der jeweiligen Personen über die minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte.

4.2.12 Minimal, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention

Um eine Vorstellung zu bekommen, welches Ausmaß die Online-Kontakte ergänzend zur Face-to-Face-Intervention annehmen, wurde die Frage gestellt, welcher Anteil der Intervention mindestens und maximal online stattfindet. Eine weitere Frage war, welcher Anteil der Intervention durchschnittlich online stattfindet.

Im Vergleich zu den online stattfindenden Kontakten und den minimalen und maximalen Anzahlen an Kontakten einer Online-Intervention wird hier deutlich, dass weniger Personen Online-Intervention ergänzend zur Face-to-Face-Behandlung anbieten. Dies kann als Widerspruch zu der schon gestellten Frage gesehen werden, wo 44 (= 60,24 %) Personen angaben, ergänzend zur Face-to-Face-Intervention Online-Angebote anzubieten.

Minimum des online stattfindenden Anteils einer Intervention			Maximum des online stattfindenden Anteils einer Intervention			Anteil der durchschnittlich online stattfindenden Intervention		
Anzahl	Häufigkeit	Prozent	Anzahl	Häufigkeit	Prozent	Anzahl	Häufigkeit	Prozent
0	24	32,9 %	0	13	17,8 %	0	14	19,2 %
1	4	5,5 %	4	1	1,4 %	0-5	1	1,4 %
2	8	11,0 %	5	5	6,8 %	0,5	1	1,4 %
>5	1	1,4 %	10	5	6,8 %	1	1	1,4 %
10	6	8,2 %	>10	1	1,4 %	2	2	2,7 %
20	1	1,4 %	15	2	2,7 %	2,5	1	1,4 %
40	1	1,4 %	20	4	5,5 %	3	4	5,5 %
99	1	1,4 %	25	1	1,4 %	5	10	13,7 %
			30	3	4,1 %	7	1	1,4 %
			40	2	2,7 %	10	2	2,7 %
			50	1	1,4 %	12	1	1,4 %
			90	1	1,4 %	15	1	1,4 %
			99	1	1,4 %	20	3	4,1 %
			100	4	5,5 %	25	2	2,7 %
			-100	1	1,4 %	30	2	2,7 %
						99	1	1,4 %
						100	1	1,4 %
fehlend	27	37,1 %	fehlend	28	38,4 %	fehlend	25	34,2 %
Gesamt	73	100 %	Gesamt	73	100 %	Gesamt	73	100 %

Tabelle 7: Minimal, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention

Anhang (8.3) enthält eine Tabelle, die die genauen Angaben der jeweiligen Personen über den minimalen, maximalen und durchschnittlichen Anteil online stattfindender Kontakte zeigt.

4.2.13 Wie sinnvoll sind Online-Intervention?

Die Antwortmöglichkeiten wurden aus den Personen, die nach Döring (2000), Laszig und Eichenberg (2003) und Kersting, Schlicht und Kroker (2009) mit Online-Interventionen erreicht werden sollen, zusammengestellt. Es war den Teilnehmern möglich, mehrere Antworten auszuwählen. Ebenso war es möglich, weitere Gründe anzugeben, warum Online-Intervention als sinnvoll angesehen werden kann. Jedoch konnten auch Gründe angegeben werden, warum Online-Interventionen als nicht sinnvoll zu betrachten sind.

24 (= 32,88 %) Personen gaben an, Online-Interventionen als generell sinnvoll zu betrachten.

Psychologen und Psychotherapeuten erscheint eingeschränkte Mobilität als sinnvollster Grund für eine Online-Intervention. 52 (= 71,23 %) Personen gaben an, dass eine Online-Intervention sinnvoll für Personen ist, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und aus diesem Grund keinen Berater oder Therapeuten erreichen können. 48 (= 65,75 %) der 73 Personen betrachten Online-Interventionen als sinnvoll für Personen, die eine körperliche Behinderung haben oder in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Einschränkung der Mobilität fand sich auch in den Zielgruppen.

Interessant ist hier vor allem, dass 49 (= 67,12 %) der 73 Personen Online-Intervention für Personen als sinnvoll empfinden, die eine Beratung oder Therapie anstreben, und sich zuerst unverbindlich erkundigen wollen und den Kontakt suchen. Auch diese Ausprägung findet sich in den Zielgruppen.

23 (= 31,51 %) Personen sehen Online-Intervention als sinnvoll für Personen, die ein bestimmtes Maß an Distanz in einer beraterischen bzw. therapeutischen Beziehung wahren möchten.

22 (= 30,14 %) Psychologen und Psychotherapeuten gaben an, Online-Interventionen als sinnvoll für Personen anzusehen, die regelmäßig das Internet nutzen. Für 19 (= 26,03 %) Psychologen und Psychotherapeuten ist eine Online-Intervention sinnvoll, wenn Personen erreicht werden, die den Wunsch nach Anonymität sowie nach Unabhängigkeit in der Beziehung zum Therapeuten haben. Die Wichtigkeit der Anonymität bei Online-Interventionen wurde von einigen Autoren beschrieben (z.B. Knatz, 2005). Hier stimmten jedoch nur ein Viertel der Befragten Personen der Wichtigkeit von Anonymität bei Online-Interventionen zu.

14 (= 19,17 %) der 73 Befragten gaben an, Online-Intervention als sinnvoll für Personen zu betrachten, die herkömmliche Beratung oder Therapie aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können. Dass Online-Intervention sinnvoll für Personen ist, die

ausgeprägt zurückhaltend in emotionalen Beziehungen sind, gaben 13 (= 17,81 %) Personen an.

17 (= 23,29 %) gaben an, Online-Intervention aus anderen Gründen sinnvoll zu finden. 10 (= 13,7 %) Personen gaben an, sie nicht sinnvoll zu finden. Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten, anschließend werden die angegebenen Gründe für die Sinnvolligkeit oder Nicht-sinnvolligkeit von Online-Interventionen angeführt.

„Wie sinnvoll halten Sie Online-Intervention?“	Häufigkeit	Prozent
Generell sinnvoll	24	8,20 %
Sinnvoll für Personen, die herkömmliche Beratung/Therapie aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können	14	4,80 %
Sinnvoll für Personen, die ein bestimmtes Maß an Distanz in einer beraterischen/therapeutischen Beziehung wahren möchten	23	7,90 %
Sinnvoll für Personen, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und daher einen Berater oder Therapeuten nicht erreichen können	52	17,90 %
Sinnvoll für Personen, die regelmäßig das Internet nutzen	22	7,60 %
Sinnvoll für Personen, die eine körperliche Behinderung oder Einschränkungen in der Mobilität haben und daher der Zugang zu herkömmlicher Beratung/Therapie nicht möglich ist	48	16,50 %
Sinnvoll für Personen, die den Wunsch nach Anonymität haben, sowie nach Unabhängigkeit in der Beziehung zum Therapeuten	19	6,50 %
Sinnvoll für Personen, die ausgeprägt zurückhaltend in emotionalen Beziehungen sind	13	4,50 %
Sinnvoll für Personen, die eine Beratung/Therapie anstreben und sich zuerst unverbindlich erkundigen wollen und den Kontakt suchen	49	16,80 %
Sinnvoll aus anderen Gründen:	17	5,80 %
Nicht sinnvoll: Weshalb?	10	3,40 %
Gesamt	291	100 %

Tabelle 8: Sinnvolligkeit von Online-Interventionen

Sinnvoll aus anderen Gründen:

- * Ergänzend zu einer Face-to-Face-Therapie. (2x genannt)
- * Um Formulierungen für Probleme zu finden.
- * Für Personen, deren Terminplan nicht immer persönliche Treffen ermöglicht. (2x genannt)
- * Für Personen, die sonst keine Therapie in Anspruch nehmen würden.
- * Mitunter in Krisen (3x genannt) als zusätzliche supportive Maßnahme (2x genannt).

- * Nur sinnvoll, wenn man sich gut kennt, da man sonst keinen wirklichen Bezug zum Gegenüber bekommen kann.
- * Sinnvoll für Personen, die in Face-to-Face Therapie waren und dann ins Ausland gehen. (5x genannt)
- * z.B. bei Suchttherapie, um eine tragende Basis zu stabilisieren und auf lange Sicht aufrecht zu erhalten.

Wie die Aussagen der Therapeuten zeigen, können weitere Gründe für die Inanspruchnahme einer Online-Intervention gefunden werden. Etliche Therapeuten meinten, dass eine Ergänzung zur Face-to-Face-Therapie wichtig ist, Online-Interventionen in Krisensituationen eine wichtige Stütze sein können und auch um eine Therapie durch längere Auslandsaufenthalte nicht zu unterbrechen.

Nicht sinnvoll, weshalb?:

- * Da für mich für eine tragfähige therapeutische Beziehung der persönliche Kontakt unabdingbar ist. (2x genannt)
- * Weil die Möglichkeit von authentischer Beziehung fehlt.
- * Halte es grundsätzlich für nicht sinnvoll, da Therapie bzw. Beratung auch immer etwas mit dem Beobachten von vielen anderen Dingen als nur Worte auszutauschen ist. Viele Infos würden verloren gehen, die im Face-to-Face-Setting möglich sind.
- * Ich sehe die Gefahr, kooperativ mit der Angst vor Begegnung zu sein, die beizubehalten das Leiden verlängern kann. Außerdem ist die Projektions-, Übertragungs- und Idealisierungsbereitschaft auf beiden Seiten enorm hoch, so dass die Beziehung viel Fiktives bzw. Einseitiges enthält, was auch nicht zur Heilung beiträgt, sondern möglicherweise vorhandene Strukturen verstärkt.
- * Verstärkt meiner Meinung nach fast ausnahmslos Symptome/Störungen, da es eher einer Vermeidung gleich kommt. (2x genannt)
- * Weil online nicht wirklich den Menschen erfasst und entwickeln kann, online ist eher beratend.
- * Wenn die Patienten „unabhängig“ sein wollen.
- * Weil zu viele Missverständnisse möglich sind.

An diesen Aussagen ist erkennbar, dass die Gründe der Richtlinie vom Bundesministerium für Gesundheit Unterstützung von einigen Psychologen und Therapeuten bekommen.

Aber auch das Psychotherapiegesetz fordert, den Beruf persönlich auszuüben – dies wurde ebenso angesprochen.

Ebenso wird aufgegriffen, dass online eher nur beraten werden sollte.

Interessant ist auch, dass auf eine Verfestigung von Angst oder Depression durch das Vermeiden des persönlichen Kontaktes hingewiesen wird.

Weiters gab es noch die Möglichkeit, Anmerkungen zu dieser Frage zu geben. Diese Möglichkeit nutzten zwölf Personen:

- * Da meiner Erfahrung nach Worte immer die Gefahr bergen, auch anders als beabsichtigt anzukommen und darüber dann schwerer ein Austausch, aber leichter Missverständnisse auftreten, bevorzuge ich es, online so gut wie gar nicht zu intervenieren - telefonisch ist das besser, aber auch dies beschränke ich auf Krisensituationen oder darauf, zwischen den Stunden einmal kurz Kontakt zu haben.
- * Die nonverbale Kommunikation fällt weg, außer man kann auch mit Bild und Ton arbeiten.
- * Es wird Suizidalität immer wieder als Ausschlussgrund angegeben. Mit der nötigen Erfahrung eignet sich jedoch gerade online Beratung sehr gut bei suizidaler Einengung.
- * Ich leiste Online-Therapie bzw. -Beratung nur, wenn zu Beginn persönliche Sitzungen stattfinden und das Setting genau besprochen wird.
- * Ohne mindestens ein- bis zweimaligen persönlichen Kontakt würde ich keine Online-Begleitung anbieten, da sonst keine Resonanz und Aufbau von Empathie möglich ist - auch sollte sichergestellt sein, wer mit wem arbeitet, da sonst auch eine diagnostische Einschätzung nicht oder nur äußerst schwer möglich erscheint.
- * Online-Therapie bzw. -Beratung darf bzw. kann nicht billiger sein als eine Face-to-Face Therapie.

- * Online ist gut für Krisensituationen, als schnelle Unterstützung, oder als Input zum selber Weiterarbeiten zwischen den Sitzungen, aber eignet sich nicht als Ersatz für persönliche Face-to-Face-Arbeit.
- * Online-Therapie fördert die Beziehungslosigkeit unserer Gesellschaft, eine Vielzahl an diagnostischen Informationen gehen für den Therapeuten verloren.
- * Vor allem sinnvoll für Erstkontakte, da diese Form der Kontaktaufnahme einen geringen Schwellenwert zu haben scheint. In weiterer Folge sollte allerdings im Face-to-Face-Setting weitergemacht werden, weil vor allem für Klienten mit sozialen Schwierigkeiten ein Üben von sozialen Kontakten im geschützten Rahmen sehr sinnvoll erscheint. Die Sinnhaftigkeit einer Online-Beratung hängt außerdem von der Form der Intervention und dem Thema ab. Reine Informationsweitergabe kann Online sehr sinnvoll sein, das Abhalten einer Therapie gestaltet sich durch das Fehlen von wichtigen Informationskanälen (Körpersprache, Intonation, etc.) schwierig.
- * Wenn mehrere persönliche Kontakte vorangehen oder in größeren Abständen stattfinden, gestaltet sich die Online-Kommunikation wesentlich leichter und effizienter als ganz ohne persönliche Kontakte.

4.2.14 Welche Störungsbilder haben Sie bereits behandelt?

Die teilnehmenden Psychotherapeuten und Psychologen konnten hier angeben, welche Störungsbilder sie bereits mittels einer Online-Intervention behandelt haben. Die Kategorien beziehen sich auf die Kategorien, die im ICD-10 (2010) benutzt werden.

Im Anhang (8.4) findet sich eine Tabelle mit den vollständigen Daten. Die folgende Tabelle wurde von immer „nie“- und immer „nicht beantwortet“-Antworten bereinigt: (32 Personen)

	Sehr häufig		Häufig		Selten		Nie		Weiß nicht		fehlend	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	2,6	4	10,5	8	21,1	17	44,7			8	21,1
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2	5,3	1	2,6	7	18,4	19	40	1	2,6	8	21,1
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen			1	2,6	7	18,4	21	55,3			9	23,7
Affektive Störungen	5	13,2	4	10,5	16	42,1	7	18,4			6	15,8
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	5	13,2	6	15,8	17	44,7	4	10,5			6	15,8
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (PTBS)	4	10,5	7	18,4	12	31,6	8	21,1	1	2,6	6	15,8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren			3	7,9	9	23,7	14	36,8	2	5,3	10	26,3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1	2,6	7	18,4	12	31,6	12	31,6			6	15,8
Intelligenzminderung					2	5,3	25	65,8	1	2,6	10	26,3
Entwicklungsstörungen			2	5,3	4	10,5	23	60,5			9	23,7
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	2,6	3	7,9	5	13,2	20	52,6	1	2,6	8	21,1
Demenz	1	2,6			1	2,6	24	63,2			12	31,6
Depression	5	13,2	4	10,5	14	36,8	4	10,5	1	2,6	10	26,3
Phobische Störungen	3	7,9	2	5,3	10	26,3	13	34,2	1	2,6	9	23,7
Andere Angststörungen	3	7,9	5	13,2	14	36,8	9	23,7			7	18,4
Zwangsstörungen	2	5,3	2	5,3	7	18,4	18	47,4			9	23,7
Essstörungen	5	13,2	3	7,9	11	28,9	10	26,3			9	23,7
Nichtorganische Schlafstörungen			4	10,5	3	7,9	17	44,7	2	5,3	12	31,6

Tabelle 9: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen

Bei dieser Frage hatten die Psychologen und Psychotherapeuten auch die Möglichkeit, drei weitere Störungsbilder einzufügen und ebenso die Häufigkeit anzugeben.

Folgende Störungsbilder wurden bei „Sehr häufig“ angegeben: Impulsberatung auf belastende Situationen, Partnerschaftsprobleme, Lebenspraktische Themen, Co-Abhängigkeitsberatung, Scheidungstraumata, Entlastungsgespräche und Sexualstörungen.

Als „Häufig“ wurden folgende Störungsbilder angeführt, die von den Teilnehmern via Online-Intervention bereits behandelt wurden: Borderline, Kindesmissbrauch, Beratung nach Anfrage bzgl. Therapieplatz usw. und Vergewaltigung.

Mit „Selten“ wurden folgende Störungsbilder angegeben: Beziehungsprobleme, Pathologisches Glücksspiel und Pathologischer Internetgebrauch.

Es wurden weitere Störungsbilder angegeben, wobei die Häufigkeit nicht angegeben wurde: Beratung nach abgeschlossener Therapie, Fragen zu Arbeitspsychologie, Psychosomatik, Mobbingkonflikte und Burnout.

Weiters gab es auch noch die Möglichkeit, Anmerkungen zu dieser Frage hinzuzufügen:

- * Besondere Erfolge bei sozialen Problemen.
- * Die häufigsten Gründe, Online-Beratung zu wählen, sind meines Erachtens nach Angst, Scham und Trauma.
- * Ich therapiere zu 98 % Mütter von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Meine Online-Interventionen sind fast ausschließlich Ergänzungen zu Face-to-Face-Therapien. Der geringe Rest sind Kontaktaufnahme und Beratung bzw. Beantwortung von Fragen, die zu weiteren Therapien bei mir oder meinen Kollegen führen.
- * Online-Begleitung ist aus meiner Sicht nur dort indiziert, wo diese nicht zu einer Verschärfung der Symptomatik führen kann bzw. die laufende Beobachtung der Reaktionsweisen des Klienten unumgänglich notwendig sind (Psychotiker) - insofern bietet diese sich bei "Normal-Neurotikern" am ehesten an, aber auch zur Abfederung und laufenden Begleitung von leichten depressiven Episoden oder auch z.T. im somatoformen Störungsbereich als Reminderfunktion etc.

4.2.15 Angehörige Methode und Angebot

In der folgenden Tabelle sind die Zugehörigkeit zu einer Methode und das jeweilige Angebot angeführt.

Auffällig ist, welche Angehörigen einer Methode Online-Interventionen anbieten. Nur drei Therapierichtungen gaben an, keine Online-Angebote zu benutzen. Gruppenpsychoanalyse, Bewegungstherapie und Katathym Imaginative Psychotherapie sind Richtungen, die nicht über das Internet oder nur eingeschränkt – wie die Gruppenpsychoanalyse – möglich sind.

Weiters ist es interessant, dass bei manchen Therapierichtungen sehr viele Online-Interventionen nutzen, um mit ihren Klienten zu kommunizieren: die Systemische Familientherapie, die Integrative Gestalttherapie, die Verhaltenstherapie, die Hypnopschotherapie und auch Klinische Psychologen bieten Online-Angebote an.

Beruf/Richtung	Online-Therapie	Online-Beratung	Face-to-Face-Therapie	Face-to-Face-Beratung	Gesamt
Systemische Familientherapie		9	16	16	17
Personenzentrierte Psychotherapie		1	4	2	4
Klientenzentrierte Psychotherapie	1	1	7	5	7
Integrative Gestalttherapie		4	9	8	9
Psychoanalyse	1	1	2	2	2
Transaktionsanalytische Psychotherapie		1	1		1
Verhaltenstherapie	2	4	7	8	9
Individualpsychologie		1	2	2	2
Katathym Imaginative Psychotherapie			3	2	3
Dynamische Gruppenpsychotherapie		1	1	1	1
Psychodrama		2	3	3	3
Existenzanalyse		1	4	4	4
Hypnopsychotherapie	1	5	8	7	8
Autogenes Training	1		3	2	3
Konzentrierte Bewegungstherapie			2	2	2
Existenzanalyse und Logotherapie	1	1	1	1	1
Gruppenpsychoanalyse			1	1	1
Integrative Therapie		1	2	2	2
KlinischeR PsychologIn	3	10	17	25	26
Sonstiges:	1	7	8	12	12
Tanztherapie, Körper- und Bewegungstherapie			1	1	1
Somatische Traumatherapie		1	1	1	1
Forensische und Gesundheitspsychologie	1	1	1	1	1
Bewegungsanalyse, Methode Cary Rick			1	1	1
Arbeitspsychologie		2		2	1
Biofeedbacktherapie		1	1	1	1
Kinesiologie, Systemische Aufstellungen		1	1		1
Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)			1	1	1
Gesundheitspsychologie		1		2	2
Psychotherapie nach den Übergangsbestimmungen			1	1	1
Keiner				1	1
Gesamt	7	29	61	63	73

Tabelle 10: Angehörige Methode und Angebot

4.2.16 Angehörige Methode und ergänzend oder nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting

Durch das vorige Kapitel ergibt sich die Frage, ob die Angebote ergänzend stattfinden oder nicht. Eine Ergänzung des Face-to-Face-Settings durch ein Online-Angebot herrscht vor allem in der Systemischen Familientherapie, der Integrativen Gestalttherapie, der Verhaltenstherapie, der Hypnotherapie und auch im Arbeitsfeld der Klinischen Psychologen vor.

	ergänzend zu f2f		Gesamt
	Ja	Nein	
Systemische Familientherapie	10	7	17
Personenzentrierte Psychotherapie	3	1	4
Klientenzentrierte Psychotherapie	2	5	7
Integrative Gestalttherapie	8	1	9
Psychoanalyse	1	1	2
Transaktionsanalytische Psychotherapie (Transaktionsanalyse)	1	0	1
Verhaltenstherapie	5	4	9
Individualpsychologie	2	0	2
Katathym Imaginative Psychotherapie	1	2	3
Dynamische Gruppenpsychotherapie	1	0	1
Psychodrama	2	1	3
Existenzanalyse	3	1	4
Hypnopschotherapie	7	1	8
Autogenes Training	1	2	3
Konzentrierte Bewegungstherapie	0	2	2
Existenzanalyse und Logotherapie	1	0	1
Gruppenpsychoanalyse	0	1	1
Integrative Therapie	1	1	2
Klinische PsychologIn	16	10	26
Sonstiges	7	5	12
Gesamt	44	29	73

Tabelle 11: Angehörige Methode und ergänzend oder nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting

Da hier die Möglichkeit bestand, unter „Sonstiges“ weitere Therapierichtungen anzugeben, bieten folgende Therapierichtungen Online-Intervention auch ergänzend zum Face-to-Face-Setting an: Arbeitspsychologie, Bewegungsanalyse (Methode Cary Rick), Biofeedbacktherapie, Forensische und Gesundheitspsychologie, Gesundheitspsychologie und Arbeitspsychologie, Kinesiologie und Systemische Aufstellungen, Somatische Traumatherapie.

Folgende Therapierichtungen bieten Online-Intervention nicht ergänzend zum Face-to-Face-Setting an: Psychotherapie nach Übergangsbestimmungen, Gesundheitspsychologie, Tanztherapie und Körper- und Bewegungstherapie sowie Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP).

4.2.17 Empfundene Sinnvolligkeit und Online-Erfahrung

Es stellt sich natürlich die Frage, ob generell Therapeuten und Psychologen, die keine Online-Erfahrung haben, Online-Interventionen negativ gegenüber eingestellt sind und respektive Therapeuten und Psychologen, die bereits Erfahrungen im Online-Bereich gesammelt haben, positiv gegenüber Online-Interventionen eingestellt sind.

Es gab bei dieser Frage die Möglichkeit Online-Interventionen als „generell sinnvoll“ zu bewerten. Diese Möglichkeit wurde sowohl von Personen ausgewählt, die keine Online-Berufserfahrung haben, als auch von Personen die schon reichlich Erfahrung in diesem Setting gesammelt haben. Es gibt aber auch Personen, die schon Erfahrungen mit Online-Interventionen gesammelt haben und diese Möglichkeit nicht ausgewählt haben.

Auffällig ist, dass Personen die keine Online-Berufserfahrung haben, Online-Interventionen sinnvoll finden für Personen, die einen Berater oder Therapeuten regional nicht erreichen können, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und um erste Erkundungen einholen zu können.

Weitere Details sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

		Wie viel Online-Berufserfahrung haben Sie im Online-Sektor? (Angabe in Jahren)								
Online-Berufserfahrung Gesamt	23	8	8	13	9	2	4	4	2	73
„Wie sinnvoll halten Sie Online-Intervention?“	0	<1	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	>15	Gesamt
Generell sinnvoll	5	2	3	3	5	1	3	1	1	24
Sinnvoll für Personen, die herkömmliche Beratung/Therapie aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können	6	1	4	2			1			14
Sinnvoll für Personen, die ein bestimmtes Maß an Distanz in einer beraterischen/therapeutischen Beziehung wahren möchten	7	3	2	4	3	1	1	1	1	23
Sinnvoll für Personen, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und daher einen Berater oder Therapeuten nicht erreichen können	15	7	5	11	5	2	2	3	2	52
Sinnvoll für Personen, die regelmäßig das Internet nutzen	1	3	4	4	4		3	2	1	22
Sinnvoll für Personen, die eine körperliche Behinderung oder Einschränkungen in der Mobilität haben und daher der Zugang zu herkömmlicher Beratung/Therapie nicht möglich ist	14	5	5	9	7		3	3	2	48
Sinnvoll für Personen, die den Wunsch nach Anonymität haben, sowie nach Unabhängigkeit in der Beziehung zum Therapeuten	5	2	3	4	2	2	1			19
Sinnvoll für Personen, die ausgeprägt zurückhaltend in emotionalen Beziehungen sind	3		4	2		2	1	1	0	13
Sinnvoll für Personen, die eine Beratung/Therapie anstreben und sich zuerst unverbindlich erkundigen wollen und den Kontakt suchen	10	6	7	10	8	1	3	3	1	49
Sinnvoll aus anderen Gründen:	2	2	1	5	2		2	2	1	17
Nicht sinnvoll: Weshalb?	4	1	2	2					1	10

Tabelle 12: Empfundene Sinnvolligkeit und Online-Erfahrung

V. GEEIGNETE STÖRUNGSBILDER FÜR ONLINE-INTERVENTIONEN

„Online-Beratung funktioniert, und nicht immer weiß man hinreichend, warum.“ (Kral, 2009, S. 1)

In der Literatur werden viele Studien über erfolgreiche Online-Interventionen zitiert (z.B. Burns, Siddique, Kokuo & Mohr, 2010; Kinsinger, Lattie & Mohr, 2010; Nelson, Barnard & Cain, 2003)

Viele versprechen faszinierende Ergebnisse, doch manche sind für die vorliegende Arbeit nur bedingt geeignet, da deren Definition von Online-Intervention nicht der zu Beginn für diese Arbeit festgelegten Definition entspricht. Es wurden außerdem nur solche Studien ausgewählt, die genug Therapeuten/Psychologen-Klientenkontakt vorweisen können. Unbeachtet bleiben daher Studien, welche über Computerprogramme ablaufen oder auch jene, welche nicht von Therapeuten oder Psychologen betreut werden. Essentiell ist somit der Kontakt zwischen einem Professionalisten und einem Hilfesuchenden.

Folgende Forschungsfragen sollen im Folgenden beantwortet werden:

- * Welche Störungsbilder werden in Studien untersucht?
- * Welche Symptome machen das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher?
- * Für welche Störungsbilder könnten Online-Interventionen besonders geeignet sein?
- * Menschen mit welchen Störungen werden in Österreich am häufigsten durch Online-Interventionen behandelt?

Im Folgenden wird zunächst die Stichprobe beschrieben, da sie sich von der Stichprobe die in die Situationsbeschreibung einbezogen wurde, unterscheidet.

Im Anschluss daran werden die Störungen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (2010) und Artikel, die Aussagen über eine Online-Intervention in Bezug auf diese Störungen machen, beschrieben. Somit wird an dieser Stelle die erste Forschungsfrage beantwortet.

Danach folgt eine Auflistung der Symptome des Störungsbildes mit den Ergebnissen der Online-Untersuchung. In der Online-Untersuchung wurden die Symptome in

unterschiedliche Themen zusammengefasst: Stimmungen, Gedanken und Zwänge, Ängste, physische Beeinträchtigungen oder Schlafstörungen, Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld und Essen. Dies beantwortet die zweite Forschungsfrage.

Folgende Vorgangsweise identifizierte Symptome nach der Erfahrung der Teilnehmer der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen:

Zunächst wurden die Mittelwerte der jeweiligen Symptome berechnet, wobei die „weiß nicht“- Antworten nicht berücksichtigt wurden. Aus den Mittelwerten wurden Quartile gebildet. Alle Mittelwerte, die einen Wert über 2,68 hatten – und somit das oberste Quartil bilden - entsprechen den oberen 25% der Symptome, die nach Erfahrung der Teilnehmer die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

Eine Tabelle mit Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichung findet sich im Anhang (8.5).

Anschließend soll auf die dritte und vierte Forschungsfrage eingegangen werden.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist bereits im Kapitel 4.1 ausführlich dargestellt worden.

Es werden hier jene Personen einbezogen, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Es handelt sich somit um 50 Personen, wobei fünf von ihnen bei der Erfahrungseinschätzung stets „weiß nicht“ angegeben haben.

5.1.2 Geschlecht

Den dritten und für die vorliegende Arbeit relevanten Teil des Fragebogens absolvierten 34 Frauen (= 68 %) und 16 Männer (= 32 %).

5.1.3 Alter

Es nahmen vier 26 - 30jährige (= 8 %), ein 31 - 35jähriger (= 2 %), zehn 36 - 40jährige (= 20 %), elf 41 - 45jährige (= 22 %), sechs 46 - 50jährige (= 12 %), fünf 51 - 55jährige (= 10 %), acht 56 - 60jährige (= 16 %), zwei 61 - 65jährige (= 4 %), zwei 66 - 70jährige (= 4 %) und ein (= 2 %) über 70jähriger Psychotherapeut oder Psychologe teil.

5.1.4 Angehörige Methode bzw. Beruf

Die teilnehmenden Psychotherapeuten sollten angeben, welcher Methode sie angehören. Für Psychologen gab es die Möglichkeit „Klinische/r PsychologIn“ auszuwählen. Außerdem gab es die Möglichkeit im Feld „Sonstiges“ weitere Berufsbezeichnungen anzugeben. Es war den Teilnehmern möglich, mehrere Antworten auszuwählen.

Bei „Sonstiges“ wurde folgendes angegeben:

Psychotherapie nach Übergangsbestimmungen, Arbeitspsychologie, Biofeedbacktherapie, Gesundheitspsychologie, Gesundheitspsychologie und Arbeitspsychologie, Kinesiologie und Systemische Aufstellungen, Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) und keiner Methodenzugehörigkeit.

Die Zugehörigkeit der Therapeuten ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Methode/Beruf	Antworten	
	N	Prozent
Systemische Familientherapie	10	13,89 %
Integrative Gestalttherapie	5	6,94 %
Verhaltenstherapie	7	9,72 %
Hypnopsychotherapie	6	8,33 %
Klientenzentrierte Psychotherapie	3	4,17 %
Personenzentrierte Psychotherapie	3	4,17 %
Existenzanalyse	3	4,17 %
Autogenes Training	2	2,78 %
Katathym Imaginative Psychotherapie	1	1,39 %
Psychodrama	3	4,17 %
Individualpsychologie	1	1,39 %
Existenzanalyse und Logotherapie	1	1,39 %
Transaktionsanalytische Psychotherapie (Transaktionsanalyse)	1	1,39 %
KlinischeR PsychologIn	18	25,00 %
Sonstiges	8	11,11 %
Gesamt	72	100 %

Tabelle 13: Angehörige Methode bzw. Beruf

5.1.5 Berufserfahrung

Die meisten der Befragten gaben an, zwischen null und 15 Jahren Berufserfahrung zu haben. Circa ein Fünftel der Befragten hat zwischen 16 und 30 Jahren Berufserfahrung. Über 40 Jahre Berufserfahrung hat lediglich eine Person. Details sind der folgenden Abbildung zu entnehmen:

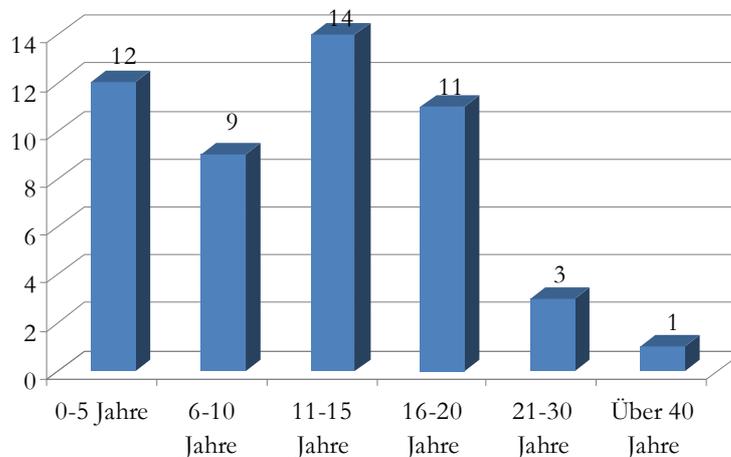


Abbildung 6: Berufserfahrung

5.1.6 Angebot

Hier wurde das Angebot abgefragt, welches die befragten Psychotherapeuten und Psychologen anbieten. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

Fünf Personen gaben an, Online-Therapie anzubieten. Online-Beratung wird von 22 Teilnehmern angeboten.

Face-to-Face-Therapie bieten 41 Personen an und ebenso bieten 41 Face-to-Face-Beratung an.

5.1.7 Mediennutzung

Auch hier war eine Mehrfachantwort möglich. Die Psychotherapeuten und Psychologen wurden gefragt, welche Medien sie zu Online-Interventionen benutzen. Am häufigsten wird mit E-Mails und per Telefon kommuniziert, aber auch SMS werden stark genutzt. Mit Videokonferenz arbeiten sieben Personen.

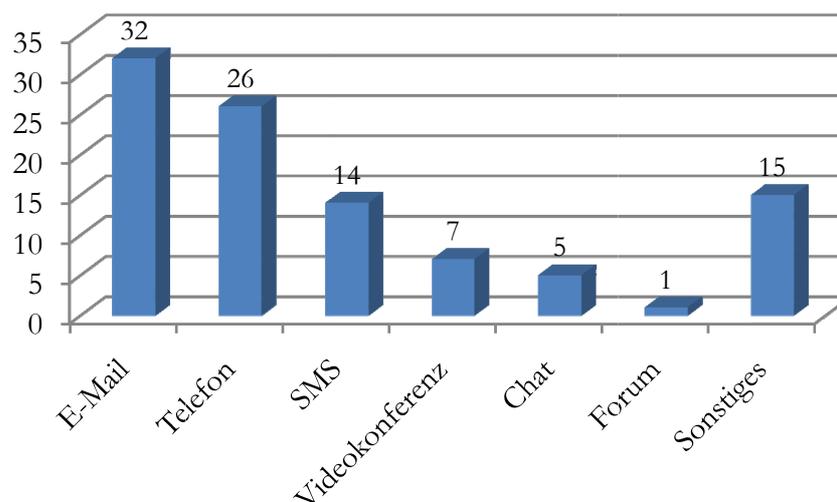


Abbildung 7: Mediennutzung

Bei „Sonstiges“ gaben sechs Personen an, keine Medien zu nutzen. Zwei Befragte gaben an, nur zur Terminvereinbarung Medien zu nutzen. Einer gab an, dass er manchmal per E-Mail kommuniziere, dies für ihn aber noch keine Intervention darstelle. Einer nannte „Tape counseling“.

5.1.8 Berufserfahrung online

14 Teilnehmer gaben an, keine Online-Berufserfahrung zu haben. Fünf Personen haben weniger als ein Jahr, sieben ein bis zwei Jahren Online-Berufserfahrung. Drei bis vier Jahre Berufserfahrung haben acht Personen, fünf bis sechs Jahre online Berufserfahrung gesammelt haben sieben Teilnehmer. Über sieben Jahre Online-Berufserfahrung weisen haben neun Personen auf.

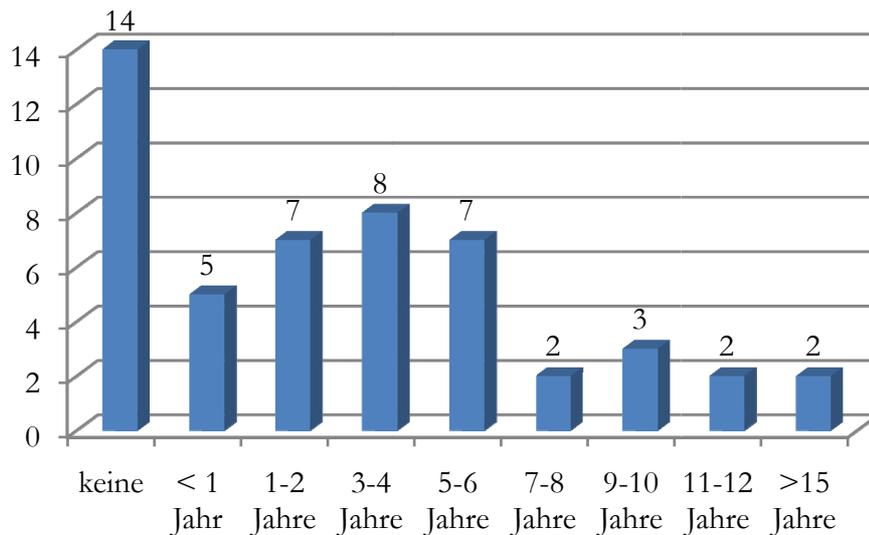


Abbildung 8: Online-Berufserfahrung

5.1.9 Zusammenfassende Darstellung der Stichprobe

Zwei Drittel der Teilnehmer waren Frauen. Es waren 13 Therapierichtungen vertreten, am häufigsten die Systemische Familientherapie, die Verhaltenstherapie, die Hypnopschotherapie und die Integrative Gestalttherapie. 18 der Umfrageteilnehmer sind Klinische Psychologen.

Es nahmen sowohl Personen die Online-Interventionen anbieten, als auch Personen, die keine Online-Interventionen anbieten, teil.

5.2 Studien zu erfolgreichen Online-Interventionen

Im Folgenden werden Störungen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (2010) beschrieben und anschließend Artikel, die Aussagen über eine Online-Intervention in Bezug auf diese Störungen machen. Eine Tabelle, in der die in der Online-Untersuchung gefragten Symptome der Störung aufgelistet sind, sowie die Antworten der Teilnehmer, werden ebenso pro Störungsbild dargestellt.

5.2.1 Depression

5.2.1.1 Darstellung des Störungsbildes

Die Depression ist eine affektive Störung, deren Hauptsymptome in der Veränderung der Stimmung oder Affektivität liegen, meist in Richtung Depression. Es kann zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode differenziert werden (ICD-10, 2010).

Typische Symptome einer Depression sind eine gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit und Interessensverlust sowie eine Verminderung des Antriebs, welche zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung führt. Müdigkeit entsteht oft schon nach kleineren Anstrengungen (ICD-10, 2010).

Andere Symptome, die häufig auftreten, sind verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, ein vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit und Schuldgefühle. Zukunftsperspektiven werden als pessimistisch und negativ erlebt. Klienten, die an einer Depression leiden haben Suizidgedanken, verletzen sich selbst und führen Suizidhandlungen aus. Weiters können sie an Schlafstörungen leiden und der Appetit ist meist vermindert (ICD-10, 2010).

In manchen Fällen können auch Angst, motorische Unruhe und Gequältsein im Vordergrund stehen. Die Änderungen in der Stimmung können von Tag zu Tag variieren. Bei manischen Episoden sind beträchtliche individuelle Varianten möglich, wie zum Beispiel ist ein untypisches Erscheinungsbild besonders bei Jugendlichen häufig. In manchen Fällen können Angst, motorische Unruhe und Gequältsein mehr im Vordergrund stehen als die Depression selbst.

Stimmungsänderungen können durch Symptome wie exzessiven Alkoholkonsum, Reizbarkeit, histrionisches Verhalten, hypochondrische Grübelei oder der Verstärkung von

früher vorhandenen zwanghaften oder phobischen Symptomen zusätzlich verdeckt sein (ICD-10, 2010).

Beim **somatischen Syndrom** treten bei angenehmen Aktivitäten Interessensverlust oder der Verlust der Freude an diesen Aktivitäten auf. Klienten, bei denen das somatische Syndrom diagnostiziert wird, sind in der Fähigkeit, auf freudige Ereignisse oder eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren eingeschränkt, sie wachen frühmorgendlich auf, haben ein Morgentief, der Appetit ist deutlich vermindert, das Körpergewicht wird reduziert, sie erleben einen deutlichen Libidoverlust und die Umgebung der betroffenen Person berichtet von psychomotorischen Hemmungen oder Agitiertheit (ICD-10, 2010).

Bei einer **leichten depressiven Episode** leidet die Person unter den beschriebenen Symptomen, jedoch sollte keines der Symptome besonders ausgeprägt sein. Der Betreffende hat Schwierigkeiten, die normale Berufstätigkeit und auch soziale Aktivitäten fortzusetzen, gibt die alltäglichen Aktivitäten jedoch nicht vollständig auf (ICD-10, 2010).

Bei einer **mittelgradig depressiven Episode** leidet die Person unter den beschriebenen Symptomen, der Schweregrad einiger Symptome ist besonders ausgeprägt. Der Klient hat erhebliche Schwierigkeiten, soziale, berufliche und häusliche Aktivitäten fortzusetzen (ICD-10, 2010).

Klienten mit einer **schweren depressiven Episode** zeigen oft Agitiertheit und erhebliche Verzweiflung. Gefühle von Schuld oder Nutzlosigkeit, der Verlust des Selbstwertgefühls und ein hohes Suizidrisiko sind weitere Symptome, die bei einer schweren depressiven Episode auftreten können. Das somatische Syndrom muss bei einer schweren depressiven Episode immer vorhanden sein. Bei einer schweren depressiven Episode sind die Klienten nicht mehr in der Lage, soziale, berufliche und häusliche Aktivitäten auszuführen (ICD-10, 2010).

5.2.1.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Depression via Online-Interventionen

Mohr, Likosky, Bertagnoli, Goodkon, Van der Wende, Dwyer und Dick (2000) boten eine achtwöchige telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie für Multiple Sklerose-Patienten an, die an depressiven Symptomen litten. 32 Personen bekamen entweder eine telefonbasierte

kognitive Verhaltenstherapie oder aber die gewöhnliche Pflege ohne mentale Unterstützung. Die Klienten sprachen wöchentlich für je 50 Minuten mit einem Therapeuten. Es gab auch ein Arbeitsbuch für den Klienten, in dem die Behandlung organisiert und strukturiert dargestellt wurde. Der Therapeut half bei Hausübungen und griff bestimmte Themen während der Therapiestunden auf (Mohr et al., 2000).

Während die telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie die depressive Symptomatik verringerte, zeigten sich in der gewöhnlichen Pflege ohne mentale Unterstützung keine Veränderungen der depressiven Symptomatik (Mohr et al., 2000).

Nelson, Barnard und Cain (2003) führten mit 14 Jugendlichen, die an einer Depression litten, und deren Eltern eine kognitive Verhaltenstherapie per Videokonferenz über acht Wochen durch und verglichen diese mit 155 Jugendlichen, die eine Face-to-Face-Therapie bekamen. Die erste Sitzung dauerte 90 Minuten, die darauffolgenden je 60 Minuten. Die Zeit wurde zwischen den Jugendlichen und Eltern aufgeteilt.

In beiden Gruppen konnte eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik beobachtet werden, wobei zwischen den Gruppen keine Unterschiede gefunden werden konnten (Nelson et al., 2003).

Mohr, Hart, Julian, Catledge, Honos-Webb, Vella und Tasch (2005) haben eine Studie durchgeführt, in der sie 62 Teilnehmern eine kognitive Verhaltenstherapie und 65 Teilnehmern eine emotionsfokussierte Therapie anboten. Die Therapiestunden wurden telefonisch durchgeführt und zogen sich über 16 Wochen zu je 50 Minuten pro Woche. Die Teilnehmer litten an Multipler Sklerose und unterlagen funktionellen Einschränkungen in ihren Aktivitäten (Mohr et al., 2005).

Die telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie für Depression. Das Ziel der telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie ist es, dem Klienten Fähigkeiten beizubringen, die ihm helfen, mit seinen Kognitionen und Verhaltensweisen umzugehen, die durch die Depression beeinflusst sind und seine Fähigkeiten zu verbessern, stressreiche Ereignisse und interpersonelle Schwierigkeiten zu meistern (Mohr et al., 2005).

Telefonbasierte emotionsfokussierte Therapie hat das Ziel, die Erfahrungen der inneren Welt des Klienten zu vergrößern. Die Aufgaben des Therapeuten sind es, empathisch zu sein, eine therapeutische Verbindung aufzubauen und den Ausdruck von momentanen emotionalen Erfahrungen und Bedürfnissen zu erleichtern (Mohr et al., 2005).

Die depressive Symptomatik konnte vermindert werden und die Klienten zeigten mehr positive Affekte (Mohr et al., 2005).

Beide Therapien stellen eine Hilfe für den Klienten dar, wobei die kognitive Verhaltenstherapie über das Telefon minimal bessere Ergebnisse erzielte als die emotionsfokussierte Therapie (Mohr et al., 2005).

97 Multiple-Sklerose-Patienten wurden von Beckner, Vella, Howard und Mohr (2007) einer telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie oder einer telefonbasierten emotionsfokussierten Therapie zugewiesen. 16 Wochen lang kommunizierten Therapeut und Klient jeweils 50 Minuten lang über das Telefon.

Das Hauptaugenmerk wurde hier auch auf die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten gelegt. In der telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie konnten, verglichen mit der telefonbasierten emotionsfokussierten Therapie, bessere Beziehungswerte zwischen Therapeut und Klient festgestellt werden (Beckner et al., 2007).

In der telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie konnte die depressive Symptomatik verringert werden, während dies in der emotionsfokussierten Therapie nicht beobachtet werden konnte (Beckner et al., 2007).

Beattie, Shaw, Kaur und Kessler (2008) führten eine qualitative Studie mit 24 Klienten mit einer nach ICD-10 diagnostizierten Depression durch. Die Klienten wurden von qualifizierten Psychologen in einem Chat mittels Verhaltenstherapie behandelt. Mit halbstrukturierten Interviews wurden die Klienten vor und nach der Therapie befragt. Auch das Beck-Depressions-Inventar kam zum Einsatz (Beattie et al., 2008).

Von den 24 Klienten brachen neun die Therapie ab, wobei fünf davon einverstanden waren, sich interviewen zu lassen. Sechs der Studienteilnehmer nahmen neben der Studie zusätzlich Face-to-Face-Therapie in Anspruch, wobei sie sich meist negativ zu dieser äußerten. Gründe dafür waren, dass sie sich den Therapeuten nicht ausstehen können, die Kosten zu hoch seien und sie das Gefühl haben, dass die Face-to-Face-Therapie zu intensiv wäre (Beattie et al., 2008).

Die Online-Intervention konnte die depressiven Symptome verringern (Beattie et al., 2008).

Veazey, Cook, Stanley, Lai und Kunik (2009) führten eine Studie mit Parkinsonpatienten durch. Viele Patienten mit Parkinson haben entweder Angstsymptome, Depressionssymptome oder beides. Zehn Parkinsonpatienten wurden entweder einer

kognitiven Verhaltenstherapiegruppe oder einer Fördergruppe zugeteilt. Die kognitive Verhaltenstherapie bestand aus einer Face-to-Face-Sitzung, gefolgt von acht wöchentlichen Telefonsitzungen. Auch in der Fördergruppe gab es acht Telefonkontakte.

Nach den Behandlungen gab es einen Unterschied in den Effekten in der depressiven Symptomatik. Die kognitive Verhaltenstherapie konnte größere Erfolge verzeichnen als die Fördergruppe (Veazey et al., 2009).

In Bezug auf Angst konnte nach der Behandlung bei beiden Gruppen ein kleiner Erfolg verbucht werden. Ein Monat nach der Behandlung war jedoch der Erfolg in der kognitiven Verhaltenstherapiegruppe noch vorhanden, während in der Fördergruppe die Angst wieder anstieg (Veazey et al., 2009).

Beckner, Howard, Vella und Mohr (2010) teilten 127 depressive Multiple Sklerose-Patienten entweder einer telefonbasierten emotionsfokussierten Therapie oder einer telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie zu. Es wurde auch die soziale Unterstützung, die die Klienten erhielten, erhoben. Die Teilnehmer erhielten über 16 Wochen hinweg jeweils 50minütige Telefonsitzungen mit einem Psychologen.

Depressive MS-Klienten mit wenig sozialer Unterstützung profitierten von beiden Therapieansätzen. Personen, die über ein enges soziales Netz verfügen, konnten die Depressionssymptome eher mit der telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie lindern (Beckner et al., 2010).

Kinsinger, Lattie und Mohr (2010) teilten 127 Multiple-Sklerose-Patienten entweder einer telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie oder einer telefonbasierten emotionsfokussierten Therapie zu, um deren Depression zu behandeln. Über 16 Wochen lang wurden die Betroffenen von Psychologen behandelt.

In beiden Gruppen konnte eine Verringerung der depressiven Symptomatik beobachtet werden (Kinsinger et al., 2010).

Burns, Siddique, Fokuo und Mohr (2010) untersuchten Klienten mit Multipler Sklerose, die oftmals unter Depression und Ängsten litten. 102 Personen wurden entweder einer telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie oder einer telefonbasierten emotionsfokussierten Therapie zugeteilt. Über 16 Wochen hinweg kommunizierten die Klienten 50 Minuten per Woche mit einem ausgebildeten Therapeuten.

Wenn keine komorbide Angststörung vorlag, konnten Verbesserungen durch die Therapie in der depressiven Symptomatik festgestellt werden. Auch die Angst konnte durch die Therapie reduziert werden (Burns et al., 2010).

Über die Behandlung des Störungsbilds der Depression durch Online-Interventionen können zahlreiche Studien gefunden werden, wobei in den jeweiligen Studien unterschiedliche Medien verwendet wurden.

Von den neun analysierten Artikeln wurde in sieben mit dem Telefon gearbeitet, in einer wurde eine Therapie per Videokonferenz und in einer anderen per Chat angeboten.

Auffallend war, dass ausschließlich die kognitive Verhaltenstherapie mit anderen Therapieformen verglichen wurde. Vier Artikel verglichen sie mit diversen Kontrollgruppen, aber es wurde ebenso ein Vergleich mit einer Face-to-Face-Gruppe angestellt. In den anderen fünf Artikeln wurde die telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie mit der emotionsfokussierten Therapie verglichen, wobei die telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie insgesamt besser wirkt als die emotionsfokussierte Therapie.

Abschließend kann festgestellt werden, dass Online-Interventionen, die in Bezug auf das Störungsbild der Depression Anwendung finden, positive Effekte auf die Symptome haben.

Da in keinem der Artikel Beschreibungen der genauen Diagnosen vorhanden sind, wird nicht nur die Depression, sondern affektive Störungen allgemein betrachtet. Die Symptome innerhalb der affektiven Störungen sind einander sehr ähnlich.

5.2.1.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

In der nachfolgenden Tabelle sind die Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild einer Depression ausmachen, aufgelistet. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten finden sich ebenso in der Tabelle. Dunkelrot markiert sind jene Symptome, die nach der Erfahrung der Teilnehmer die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die eine Veränderung in Stimmung und Aktivität zeigen	6	15	21	13	5	18	11
Deren Stimmung gedrückt ist	3	15	18	17	5	22	10
Die unter Interessensverlust und/oder Freudlosigkeit leiden	4	17	12	13	4	17	12
Deren Antrieb vermindert ist oder eine erhöhte Ermüdbarkeit zeigen	6	17	23	12	4	16	11
Die unter Aktivitätseinschränkung leiden	3	6	9	22	7	29	12
Die Müdigkeit schon nach kleinen Anstrengungen verspüren	4	9	13	18	4	22	15
Deren Konzentration und Aufmerksamkeit vermindert ist	6	15	21	9	5	14	15
Die ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen haben	4	11	15	20	8	28	7
Die Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit verspüren	7	14	21	14	6	20	9
Die negative und pessimistische Zukunftsperspektiven haben	6	11	17	17	7	24	9
Die Suizidgedanken haben oder sich selbst verletzt haben oder Suizidhandlungen gemacht haben	7	7	14	18	9	27	9
Die unter Schlafstörungen leiden	5	10	15	17	8	25	10
Die deutlichen Appetitverlust zeigen	12	8	20	10	4	14	16
Die Angst haben, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panik reichen kann	2	8	10	20	8	28	12
Die sich gequält fühlen	7	8	15	19	8	27	8
Die eine motorische Unruhe aufweisen	6	16	22	9	5	14	14
Die reizbar sind	10	16	26	10	5	15	9
Die Drogen einnehmen (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum)	10	11	21	9	5	14	15
Die ein histrionisches Verhalten zeigen	13	10	23	11	7	18	9
Deren früher vorhandene phobische oder zwanghafte Symptome sich verstärkt haben	7	9	16	13	10	23	11
Die unter hypochondrischer Grübelei leiden	8	7	15	18	8	26	9
Die Schwierigkeiten haben, ihre normale Berufstätigkeit oder ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen	4	6	10	21	9	30	10
Die tiefe Verzweiflung verspüren	7	5	12	20	8	28	10
Die unter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit leiden	6	16	22	8	2	10	18
Die Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld haben	6	11	17	17	6	23	10
Die mangelnde Fähigkeit haben, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren	6	21	27	7	3	10	13
Die frühmorgendlich erwachen (zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)	4	17	21	11	4	15	14
Die unter Morgentiefs leiden	5	16	21	10	3	13	16
Die unter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit leiden	6	16	22	8	2	10	18
Die deutlichen Appetitverlust zeigen	12	8	20	10	4	14	16
Die unter Libido- und/oder Potenzverlust leiden	6	12	18	15	6	21	11

Tabelle 14: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Depression

Es sind zwei Gruppen von Symptomen von denen die Befragungsteilnehmer annehmen, dass sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, zu erkennen. Auf der einen Seite spielen aktivitätseinschränkende Faktoren wie Schlafstörungen oder Fortsetzung der Berufstätigkeit und sozialer Aktivitäten eine Rolle, und auf der anderen Seite Symptome, die einen deutlichen Leidensdruck herbeiführen wie ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Suizidgedanken, selbstverletzendes Verhalten, Suizidhandlungen, Angst und tiefe Verzweiflung.

5.2.2 Angststörung

5.2.2.1 Darstellung des Störungsbildes

Bei einer Angststörung entsteht meist durch definierte, eindeutige Situationen oder Objekte, die im Allgemeinen ungefährlich sind, Angst. Diese Objekte und Situationen werden gemieden oder voller Angst erlebt. Das Ausmaß der Angst kann sich von leichtem Unbehagen bis zu panischer Angst erstrecken. Herzklopfen und Schwächegefühl sind weitere Anzeichen einer Angststörung. Auch Ängste wie die Angst vor dem Sterben, vor einem Kontrollverlust oder vor dem Gefühl, wahnsinnig zu werden können auftreten. Erwartungsangst erzeugt alleine schon die Vorstellung an das Eintreten an eine phobische Situation. Weiters kann auch die Angst vor Krankheiten oder ein mögliches Infektions- oder Vergiftungsrisiko auftreten, sowie Angst vor ärztlichen Behandlungen oder vor medizinischen Institutionen (ICD-10, 2010).

Oft tritt die phobische Angst gleichzeitig mit einer depressiven Symptomatik auf.

An dem Auftreten einer Panikattacke wird der Schweregrad der Phobie bestimmt (ICD-10, 2010).

5.2.2.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Angststörung via Online-Interventionen

Im vorhergehenden Kapitel wurden zwei Artikel angesprochen, die sich nicht nur auf das Störungsbild der Depression beziehen, sondern auch Angstsymptome behandeln.

In dem Artikel von Veazey, Cook, Stanley, Lai und Kunik (2009) wurden Parkinsonpatienten mittels kognitiver Verhaltenstherapie über das Telefon behandelt oder einer Fördergruppe zugewiesen. Von den zehn Teilnehmern litten fünf an Depression und Angst, vier nur an Angst und einer nur an Depression.

Die Angstsymptome konnten in beiden Behandlungen verringert werden, Langzeiteffekte konnten hingegen nur in der Gruppe beobachtet werden, die mittels kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden (Veazey et al., 2009).

Burns, Siddique, Fokuo und Mohr (2010) teilten 102 Klienten mit Multipler Sklerose entweder einer telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie oder einer telefonbasierten emotionsfokussierten Verhaltenstherapie zu. Multiple Sklerose-Klienten leiden oftmals unter Depressionen und Ängsten.

Wie bereits erwähnt konnten auch hier die Angstsymptome reduziert werden, größere Effekte konnten allerdings in der Reduzierung von depressiven Symptomen beobachtet werden (Burns et al., 2010).

Artikel, die die Behandlung einer Angststörung mittels Online-Intervention thematisieren, konnten jedoch nur wenige gefunden werden.

In den beiden Artikeln wurde das Telefon zur Kommunikation zwischen Klient und Therapeuten genutzt. Als Therapiemethoden setzte man die kognitive Verhaltenstherapie und die emotionsfokussierte Therapie ein.

5.2.2.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

In der nachfolgenden Tabelle finden sich die Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild einer Angststörung ausmachen. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten können in der Tabelle abgelesen werden. Symptome, die durch die Erfahrung von den Teilnehmern der Online-Untersuchung als Symptome identifiziert wurden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, sind rot markiert.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die Angst haben, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panik reichen kann	2	8	10	20	8	28	12
Die Situationen vermeiden in denen sie Angst haben	3	12	15	11	11	22	13
Die Herzklopfen bekommen	3	15	18	14	4	18	14
Die unter Schwächegefühl leiden	3	14	17	15	3	18	15
Die Angst vor dem Sterben haben	3	13	16	15	7	22	12
Die Angst vor Kontrollverlust haben	4	10	14	18	6	24	12
Die Angst vor dem Gefühl haben, wahnsinnig zu werden	4	10	14	17	6	23	13
Die Erwartungsangst bei der Vorstellung bekommen, dass eine angsterzeugende Situation eintreten könnte	2	11	13	12	11	23	14
Die Angst vor Krankheiten, möglichem Infektions- oder Vergiftungsrisiko, ärztlichen Handlungen oder medizinischen Institutionen	6	9	15	15	8	23	12
Die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	17	19	5	24	9
Die unter Panikattacken leiden	4	6	10	17	11	28	12

Tabelle 15: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Angststörung

An den hier markierten Symptomen ist deutlich zu erkennen, dass Angstsymptome eine wichtige Rolle in der Erhöhung der von den Teilnehmern eingeschätzten Wahrscheinlichkeit, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, einnehmen.

5.2.3 Agoraphobie

5.2.3.1 Darstellung des Störungsbildes

Menschen mit Agoraphobie haben Angst vor offenen Plätzen, vor Menschenmengen und auch vor der Schwierigkeit, sich leicht und sofort an einen sicheren Platz zurückziehen zu können – meist in ihr zuhause. Weiters kann die Angst auftreten, das eigene Haus zu verlassen, ein Geschäft zu betreten, sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten oder sich in einer Menschenmenge zu befinden. Menschen mit Agoraphobie können ebenso Angst haben, alleine in einen Bus, einen Zug oder in ein Flugzeug zu steigen. Die Ängste können so stark werden, dass diese Menschen schließlich ihr zuhause nicht mehr verlassen. Viele

Klienten werden panisch bei dem Gedanken, in der Öffentlichkeit zu kollabieren und hilflos liegen zu bleiben (ICD-10, 2010).

Zusätzlich können auch depressive, zwanghafte Symptome wie auch soziale Phobien auftreten (ICD-10, 2010).

5.2.3.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Agoraphobie via Online-Interventionen

Bouchard, Payeur, Rivard, Allard, Paquin, Renaud und Goyer (2000) untersuchten die Effektivität einer Online-Intervention bei Klienten mit Agoraphobie mit Panikstörung.

Die acht Teilnehmer erhielten jeweils zwölf Stunden kognitive Verhaltenstherapie via Videokonferenz (Bouchard et al., 2000).

Die Therapie konnte große Erfolge in der Verminderung von Zielsymptomen, wie Häufigkeit von Panikattacken, Stärke der Panikstörung oder Vergrößerung des Selbstvertrauens leisten. Es konnten auch globalere Verbesserungen verzeichnet werden, wie zum Beispiel die Verringerung der Angst. Interessant ist, dass eine gute therapeutische Beziehung bereits nach der ersten Videokonferenzstunde ausgebildet wurde (Bouchard et al., 2000).

Bouchard, Paquin, Payeur, Allard, Rivard, Fournier und Renaud (2004) verglichen die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie im Face-to-Face-Setting mit der des Videokonferenz-Settings. 21 Klienten die an Agoraphobie litten, wurden über zwölf Wochen hinweg von Therapeuten betreut.

Kognitive Verhaltenstherapie via Videokonferenz ist demnach genauso effektiv wie im Face-to-Face-Setting. Die Teilnehmer meldeten schon nach der ersten Videokonferenz eine hervorragende therapeutische Beziehung zurück. In beiden Settings konnten die Panikattacken, die depressiven Symptome und auch die Ängste vermindert werden (Bouchard et al., 2004).

Auffallend ist, dass beide Studien eine Videokonferenz als Kommunikationsmedium und auch die kognitive Verhaltenstherapie als Therapiemethode einsetzten. Die Angst der Klienten konnten in beiden Studien verringert werden.

5.2.3.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

In der nachfolgenden Tabelle finden sich Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild einer Agoraphobie ausmachen. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten finden sich ebenso in der Tabelle. Dunkelrot markiert sind all jene Symptome, die nach der Erfahrung der Teilnehmer der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, angesehen werden.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die Angst vor öffentlichen Plätzen haben	3	10	13	14	10	24	13
Die Angst vor Menschenmengen haben	2	8	10	18	10	28	12
Die Angst haben, sich nicht sofort und leicht an einen sicheren Platz zurückziehen zu können	1	6	7	19	10	29	14
Die Angst haben, das eigene Haus zu verlassen	1	4	5	14	18	32	13
Die Angst haben ein Geschäft zu betreten	2	6	8	15	13	28	14
Die Angst haben, sich in einer Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben	1	4	5	19	13	32	13
Die Angst haben, alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen	1	5	6	22	8	30	14
Die Panik bei dem Gedanken zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben bekommen	3	9	12	17	9	26	12
Die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	17	19	5	24	9
Die wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder -rituale haben die für den Betroffenen quälend und störend sind	11	12	23	12	4	16	11

Tabelle 16: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Agoraphobie

An den markierten Symptomen ist sehr deutlich ersichtlich, dass eine Online-Intervention für Menschen mit Agoraphobie sehr gut geeignet ist, da die Angstsymptomatik nach der Erfahrung der Teilnehmer der Online-Untersuchung ein wichtiger Faktor zu sein scheint, um eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen. Interessant ist, dass bei den definierten Zielgruppen (Kap. 2.6) die Angst keine Rolle zu spielen scheint. Die Zielgruppen beziehen sich vorwiegend auf Personen, denen die Möglichkeit, eine Intervention in Anspruch zu nehmen, verwehrt bleibt, während hier Ängste eine wichtige Rolle in der Inanspruchnahme einer Online-Intervention einnehmen.

5.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung

5.2.4.1 Darstellung des Störungsbildes

Eine posttraumatische Belastungsstörung ist „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10, 2010, S.183).

Auslöser können Naturereignisse oder Katastrophen sein, die von Menschen verursacht wurden, aber auch Kampfhandlungen, Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer zu werden, ein schwerer Unfall, selbst Opfer von Terrorismus, Folterung, Vergewaltigung oder eines Verbrechens zu werden können posttraumatische Belastungsreaktionen auslösen.

Betroffene erleben das Trauma in Erinnerungen, die sich immer wieder aufdrängen (flashbacks, Nachhallerinnerungen) oder auch in Träumen mit dem beständigen Gefühl von emotionaler Stumpfheit und des Betäubtseins. Außerdem fühlen sich Betroffene gleichgültig gegenüber anderen Menschen und auch teilnahmslos ihrer Umgebung gegenüber. Ebenso leiden Betroffene an der Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden (Anhedonie) und vermeiden Situationen und Aktivitäten, in denen das Trauma erinnert werden könnte. Zudem werden Stichworte, die an das Trauma erinnern, vermieden und gefürchtet. Dramatische akute Ausbrüche von Panik, Aggression oder Angst, die durch ein plötzliches Erinnern sowie intensives Wiedererleben des erlebten Traumas oder deren Reaktion darauf auftreten, sind selten (ICD-10, 2010).

Gewöhnlich tritt der Zustand von vegetativer Übererregtheit auf, ebenso wie übermäßige Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit. Depression und Angst werden meist mit den genannten Merkmalen verbunden, Suizidgedanken sind keine Seltenheit. Als komplizierende Faktoren können Alkohol- oder Drogenkonsum hinzukommen (ICD-10, 2010).

Die Stimmung der Leidenden ist beeinträchtigt, sie ziehen sich deutlich emotional zurück und leiden unter Gefühlsabstumpfung (ICD-10, 2010).

Die Folgen können chronisch und eine andauernde Persönlichkeitsänderung kann die Folge sein (ICD-10, 2010).

5.2.4.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung via Online-Interventionen

Georgiades (2008) beschreibt in seiner Studie eine therapeutische Intervention, die Face-to-Face und E-Mailkommunikation kombiniert. Der Klient ist ein 13 Jahre alter Bub, dessen Vater gewalttätig seiner Frau und ihm gegenüber agiert.

Die Therapie war zunächst für zwei Monate eine Face-to-Face-Therapie und wurde dann durch einen langen Auslandsaufenthalt des Therapeuten auf E-Mailkommunikation reduziert. 81 E-Mails wurden in dieser Zeit geschrieben. Zwei Sommer lang wurde auch eine Face-to-Face-Therapie abgehalten. In den E-Mailkontakten verfolgte der Therapeut einen lösungsorientierten Ansatz, in dem Pläne erarbeitet wurden, wie sich der Bub vor erneuten gewalttätigen Angriffen des Vaters schützen könne (Georgiades, 2008).

Die Depressionssymptome, die posttraumatischen Stresssymptome und auch der Schweregrad der Probleme zwischen Vater und Sohn konnten im Zuge der Intervention verringert werden (Georgiades, 2008).

Roy und Gillett (2008) berichten von einem 17-jährigen Mädchen namens Anne, bei der eine depressive Episode diagnostiziert wurde. Für Anne war es nicht möglich, ihre Gefühle auszusprechen. Verschiedene Therapien und Möglichkeiten wurden wahrgenommen. Es war ihr nicht möglich, sich verbal oder nonverbal in individueller Arbeit auszudrücken. Als es ihr besonders schlecht ging, fand ihre Mutter etwas Geschriebenes von ihr, in dem sie ihre Emotionen ausdrückte.

Daraufhin wurde eine Verhaltenstherapie via E-Mail als Möglichkeit herangezogen. Es wurde eine fixe Zeit vereinbart, in der der Therapeut Anne einmal in der Woche schrieb. So war es Anne freigestellt, wann sie schrieb, wie oft sie schrieb und wie viel sie schrieb (Roy & Gillett, 2008).

In den E-Mails konnte Anne ihre Gefühle ausdrücken und schon bald war klar, dass es sich nicht um eine Depression, sondern um eine Posttraumatische Belastungsstörung handelte.

Nach einiger Zeit konnten Ziele und Wünsche formuliert werden und die E-Mail-Therapie konnte erfolgreich beendet werden (Roy & Gillett, 2008).

Germain, Marchand, Bouchard, Guay und Drouin (2010) beschrieben die Entwicklung der therapeutischen Beziehung bei Klienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, die entweder im Face-to-Face-Setting oder via Videokonferenz behandelt wurden: 17 Klienten erhielten via Videokonferenz und 29 im Face-to-Face-Setting eine kognitive Verhaltenstherapie. Die Therapie dauerte je nach Schweregrad des Traumas zwischen 16 und 25 Wochen. Pro Woche gab es eine Sitzung, die eine Stunde dauerte. Die Therapie enthielt vier unabhängige Module: Psychoedukation über die posttraumatische Belastungsstörung, ein Angstmanagementtraining, Gegenüberstellung zu vermeidenden Situationen und Strategien, um einen Rückfall zu verhindern (Germain et al., 2010).

Eine Reihe von Fragen, die die Qualität der therapeutischen Beziehung erfassen sollte, wurde zu fünf verschiedenen Zeiten während der Intervention eingesetzt. Aus dieser Erhebung lässt sich schließen, dass eine therapeutische Beziehung sich sehr gut in beiden Settings entwickeln kann und man keine Unterschiede zwischen den Interventionen feststellen konnte (Germain et al., 2010).

Greene, Morland, Macdonald, Frueh, Grubbs und Rosen (2010) setzten eine Wutmanagementgruppentherapie zur Behandlung von Veteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung mit enormer Wutproblematik ein. Dabei wurden zwei verschiedene Settings verwendet. Die Veteranen erhielten zwölf Stunden Gruppentherapie - entweder Face-to-Face oder via Videokonferenz.

Genauer untersucht wurden Prozessvariablen wie die therapeutische Beziehung, Zufriedenheit, Behandlungsglaubwürdigkeit oder die Erledigungen der Hausübungen. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen dem traditionellen Face-to-Face-Setting und dem Videokonferenz-Setting. Personen im Videokonferenz-Setting bauten zwar weniger Beziehung zum Therapeuten auf als jene im Face-to-Face-Setting, trotzdem kann man die unterschiedlichen Behandlungen als gleich effektiv betrachten (Greene et al., 2010)

In den analysierten Artikeln finden sich zwei Fallstudien mit Jugendlichen, in denen E-Mails als Kommunikationsmedium benutzt wurden (Georgiades, 2008; Roy & Gillett, 2008)

Zwei Studien setzten Videokonferenz als Medium ein, eine sogar in der Gruppe. Der Vergleich zum Face-to-Face-Setting zeigte, dass sich eine therapeutische Beziehung in beiden Settings gut entwickeln kann (Germain et al., 2010; Greene et al., 2010).

5.2.4.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausmachen, sind in der folgenden Tabelle dargestellt, ebenso die Antworten der Psychologen und Therapeuten. Rot markierte Symptome erhöhen nach der Erfahrung der Befragungsteilnehmer die Wahrscheinlichkeit, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die tiefe Verzweiflung verspüren	7	5	12	20	8	28	10
Die Nachhall Erinnerungen und/oder flashbacks haben oder ein Ereignis in Träumen oder Gedanken wieder inszenieren mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit	11	14	25	9	6	15	10
Die Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen zeigen	9	20	29	7	1	8	13
Die unter Anhedonie leiden	6	17	23	11	1	12	15
Die Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an ein Trauma erinnern haben	6	12	18	11	7	18	14
Die Aktivitäten und Situationen vermeiden, die Erinnerungen an ein Trauma wachrufen könnten	6	10	16	12	8	20	14
Die aggressiv sind	9	18	27	10	4	14	9
Die unter Panikattacken leiden	4	6	10	17	11	28	12
Die Angst haben, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panik reichen kann	2	8	10	20	8	28	12
Die eine vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und übermäßiger Schreckhaftigkeit haben	4	14	18	11	6	17	15
Die unter Schlaflosigkeit leiden	6	11	17	15	7	22	11
Die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	17	19	5	24	9
Die Suizidgedanken haben oder sich selbst verletzt haben oder Suizidhandlungen gemacht haben	7	7	14	18	9	27	9
Die Drogen einnehmen (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum)	10	11	21	9	5	14	15
Die sich emotional zurückziehen	6	12	18	18	4	22	10
Die eine dauernde Persönlichkeitsveränderung oder Merkmale einer Persönlichkeitsstörung aufweisen	9	20	29	6	1	7	14
Deren Gefühle abgestumpft sind	6	22	28	9	3	12	10
Die eine Veränderung in Stimmung und Aktivität zeigen	6	15	21	13	5	18	11

Tabelle 17: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

Hier wird vor allem der große Leidensdruck, der durch die tiefe Verzweiflung, die Suizidgedanken, das selbstverletzende Verhalten oder Suizidhandlungen entstehen, als ein

Faktor gesehen. Ein anderer Faktor ist die Angst, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panikattacken reichen kann.

5.2.5 Anorexia Nervosa

5.2.5.1 Darstellung des Störungsbildes

Charakteristisch für Anorexia Nervosa ist ein selber absichtlich herbeigeführter oder aufrechterhaltener Gewichtsverlust. Meistens sind junge Frauen und heranwachsende Mädchen betroffen (ICD-10, 2010).

Mit der Krankheit ist eine Unterernährung mit verschiedenen Schweregraden verbunden. Die Unterernährung führt zu metabolischen und endokrinen Veränderungen und auch körperlichen Funktionsstörungen (ICD-10, 2010).

Um Anorexia Nervosa diagnostizieren zu können, muss das Körpergewicht mindestens um 15 % unter dem normalen Körpergewicht liegen. Der Gewichtsverlust wird dabei selber durch die Vermeidung von Speisen mit hohem Kaloriengehalt, durch Erbrechen und Abführen, durch den Gebrauch von Diuretika und/oder Appetitzügler herbeigeführt. Weiters können die Betroffenen auch übertrieben körperliche Aktivitäten betreiben (ICD-10, 2010).

Die Betroffenen leiden an einer Körperschema-Störung in der Form, dass sie Angst haben, zu dick zu werden, was als eine überwertige Idee besteht, die tief verwurzelt ist. Auch legen die Betroffenen eine äußerst niedrige Gewichtsschwelle fest (ICD-10, 2010).

Um Anorexia Nervosa diagnostizieren zu können, muss auch „eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse“ (S.217) vorhanden sein. Dies drückt sich bei Frauen dadurch aus, dass die Menstruation ausbleibt, und bei Männern durch Libido- und Potenzverlust. Auch können erhöhte Kortisol- und Wachstumshormonspiegel, Veränderungen des Metabolismus von Schilddrüsenhormonen sowie Störungen der Insulinsekretion vorliegen (ICD-10, 2010).

Beginnt die Erkrankung bereits vor der Pubertät, kann die Abfolge pubertärer Entwicklungsschritte gehemmt oder verzögert sein.

Depressive Symptome und auch Merkmale einer Persönlichkeitsstörung können vorkommen (ICD-10, 2010).

5.2.5.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Anorexia Nervosa via Online-Interventionen

Yager (2000) zeigte die Verbesserungen der Anorexia Nervosa durch eine E-Mail-Intervention bei vier Klientinnen auf. Jede Klientin nutzte die unterstützenden E-Mails in anderer Weise. Eine nutzte sie, um die wöchentlichen Sitzungen zu verbessern, und um die Lücken zwischen den Sitzungen zu füllen. Eine andere Klientin nutzte sie, um in eine Therapie einzusteigen, wieder eine andere nutzte sie um dem Therapeuten täglich davon zu berichten, was und wie viel sie zu sich nimmt. Die vierte nutzte die unterstützenden E-Mails, um von einem Therapeuten zu einem anderen umzusteigen.

Yager zeigt so die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten von E-Mails auf.

Alle vier Klientinnen zeigten enorme Verbesserungen in ihrer Symptomatik. Die E-Mails wurden von den Klientinnen sehr gut angenommen und akzeptiert und der therapeutische Kontakt konnte somit vergrößert werden (Yager, 2000).

Die Artikeldichte zu Online-Interventionen bei Anorexia Nervosa erscheint im Vergleich zur Bulimia Nervosa (siehe Kap. 5.2.6) sehr dürftig. Hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass bei Bulimia Nervosa immer wieder Episoden von einer Anorexia Nervosa in der Vorgeschichte zu finden sind.

5.2.5.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

In der nachfolgenden Tabelle sind Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild der Anorexia Nervosa ausmachen, dargestellt. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten finden sich ebenso in der Tabelle. Nach der Erfahrung der Online-Untersuchungsteilnehmer erhöhen keine der Symptome der Anorexia Nervosa die Wahrscheinlichkeit, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die Gewichtsverlust selbst herbeiführen oder aufrechterhalten	10	11	21	7	5	12	17
Die eine eingeschränkte Nahrungsauswahl haben	10	12	22	6	6	12	16
Die übertriebene körperliche Aktivitäten oder exzessive Sportbetätigung machen	11	9	20	6	7	13	17
Die ihre Körperbeschaffenheit ändern	9	6	15	13	5	18	17
Die Erbrechen selbst herbeiführen	11	6	17	10	7	17	16
Die Abführmittel missbrauchen	13	8	21	8	5	13	16
Die ein zu geringes Körpergewicht haben	11	9	20	10	5	15	15
Die hochkalorische Speisen vermeiden	11	9	20	7	6	13	17
Die Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika gebrauchen	9	9	18	8	6	14	18
Die Angst haben, zu dick zu werden	7	12	19	12	7	19	12
Die eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen	10	12	22	7	5	12	16
Die unter Amenorrhoe (endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonade-Achse) leiden (nur Frauen)	9	16	25	5	3	8	17
Die unter Libido- und/oder Potenzverlust leiden	6	12	18	15	6	21	11
Die einen erhöhten Wachstumshormon- und Kortisolspiegel haben	10	15	25	4	2	6	19
Die eine Veränderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion haben	9	14	23	3	3	6	21
Deren pubertäre Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt sind	10	14	24	9	2	11	15
Die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	17	19	5	24	9
Die eine dauernde Persönlichkeitsveränderung oder Merkmale einer Persönlichkeitsstörung aufweisen	9	20	29	6	1	7	14

Tabelle 18: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Anorexia Nervosa

Dass keine Symptome von den Teilnehmern der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, identifiziert wurden, kann auf zwei Arten interpretiert werden: Erstens, dass das Störungsbild der Anorexia Nervosa nicht für eine online stattfindende Intervention geeignet ist, oder zweitens, dass sie genauso gut wie eine Face-to-Face-Therapie geeignet ist. Betrachtet man die Häufigkeiten, mit denen Essstörungen laut Online-Untersuchung mit Online-Interventionen behandelt wurden, so scheint die zweite Möglichkeit naheliegender zu sein.

5.2.6 Bulimia Nervosa

5.2.6.1 Darstellung des Störungsbildes

Personen, die an Bulimia Nervosa leiden – auch Bulimie genannt – beschäftigen sich übertrieben mit der Kontrolle ihres Körpergewichts, empfinden eine Gier nach Nahrungsmitteln und haben wiederholte Anfälle von Essattacken. Dem dickmachenden Effekt von Essattacken wird durch verschiedene Verhaltensweisen entgegengewirkt, wie zum Beispiel durch selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, Hungerperioden, dem Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika oder Schilddrüsenpräparate (ICD-10, 2010).

Wiederholtes Erbrechen kann zu körperlichen Komplikationen, zu Elektrolytstörungen und zu starkem Gewichtsverlust führen. Klienten haben große Angst davor, dick zu werden (ICD-10, 2010).

5.2.6.2 Studien über die Behandlung von Personen mit Bulimia Nervosa via Online-Interventionen

Yager (2003) meint, dass er schon seit 15 Jahren mit seinen Patienten per E-mail kommuniziere. Vorwiegend gehe es dabei aber um administrative Angelegenheiten. Er begann es schließlich auch zu nutzen, damit seine Klienten ihm auflisten können, was sie gegessen haben und wie viele Kalorien die Nahrung enthielt. So erhalte er auch einen laufenden Überblick über die Fortschritte oder Rückschläge seiner Klienten. Yager betont gleichzeitig, dass es bei dieser Störungsform sehr wichtig sei, seine Klienten gesehen zu haben.

Mitchel, Crosby, Wonderlich, Crow, Lancaster, Simonich, Swan-Kremeier, Lysne und Myers (2008) beschäftigten sich mit einer Online-Intervention verglichen mit einem Face-to-Face-Setting in Bezug auf Bulimie.

128 Erwachsene, die nach DSM-IV der Diagnose Bulimia Nervosa oder einer nicht näher bezeichneten Essstörung wie Binge Eating entsprechen, nahmen an der Untersuchung teil. Die Teilnehmer wurden randomisiert zwei Gruppen zugeteilt, in denen sie 20 Stunden zu je circa 50 Minuten eine manual-basierte kognitive Verhaltenstherapie über 16 Wochen Face-to-Face bekamen, oder aber eine kognitive Verhaltenstherapie über Videokonferenz (Mitchel et al., 2008).

Der Erfolg wurde daran gemessen, ob in den vergangenen 28 Tagen einer Hungerattacke nachgegeben wurde, Erbrechen herbeigeführt oder Medikamente missbraucht wurden. Beide Behandlungen zeigten Erfolge. Zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen konnten keine bedeutenden Unterschiede festgestellt werden (Mitchel et al., 2008)

Robinson und Serfaty (2008) boten 97 Studenten mit der diagnostizierten Bulimia Nervosa, einer Binge Eating Störung oder einer nicht näher bezeichneten Essstörung eine E-Mail-Therapie an und verglichen diese mit einer Schreibtherapiegruppe und einer Warteliste-Kontrollgruppe. Die Verhaltenstherapie wurde über drei Monate durchgeführt und es wurde ein Ess- und Gefühlstagebuch geführt, zu regelmäßigen Mahlzeiten motiviert und automatische Gedanken und kognitive Stile, die die Essstörung betreffen, identifiziert und modifiziert, sowie Beziehungen und Faktoren, die sich negativ auf die Krankheit auswirken, untersucht. Der E-Mail-Austausch fand ein- bis zweimal in der Woche statt. Ein Viertel der Teilnehmer erfüllte nach drei Monaten nicht mehr die Kriterien einer Essstörung. Zudem zeigten sich Verbesserungen in der depressiven Symptomatik in der Verhaltenstherapiegruppe verglichen mit den anderen zwei Gruppen.

Beide Studien konnten hier Verbesserungen in der Symptomatik der Bulimia Nervosa zeigen (Mitchel et al., 2008; Robinson & Serfaty, 2008). Videokonferenz wurde als gleichartig wie das Face-to-Face-Setting identifiziert. Auch zeigte sich in der Studie von Robinson und Serfaty (2008), dass nicht nur Schreiben alleine hilft, sondern sehr wohl die therapeutische Kommunikation zwischen Klient und Therapeuten essentiell ist.

5.2.6.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

Die hier dargestellte Tabelle gibt Aufschluss über die Symptome des Störungsbildes der Bulimia Nervosa laut ICD-10. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten finden sich ebenso in der Tabelle. Auch bei der Bulimia Nervosa konnten in der Online-Untersuchung keine Symptome ausfindig gemacht werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöht eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die unter Essattacken oder Heißhungerattacken leiden	7	9	16	9	10	19	15
Die sich übertrieben mit der Kontrolle ihres Körpergewichts beschäftigen	8	9	17	10	9	19	14
Die sich andauernd mit Essen beschäftigen	7	13	20	8	8	16	14
Die eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln haben	8	9	17	11	6	17	16
Die Abführmitteln missbrauchen	13	8	21	8	5	13	16
Die zeitweilige Hungerperioden machen	10	9	19	9	5	14	17
Die Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika gebrauchen	9	9	18	8	6	14	18
Die Angst haben, zu dick zu werden	7	12	19	12	7	19	12

Tabelle 19: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Bulimia Nervosa

Hier zeigt sich das gleiche Bild wie bei der Anorexia Nervosa. Es wurden keine Symptome von den Teilnehmern der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, identifiziert. Entweder ist das Störungsbild der Bulimia Nervosa ist nicht für eine online stattfindende Intervention geeignet, oder sie ist genauso gut wie eine Face-to-Face-Therapie geeignet. Die Häufigkeiten, mit denen Essstörungen mit Online-Interventionen laut Online-Untersuchung behandelt wurden, sprechen für die zweite Möglichkeit.

5.2.7 Zwangsstörung

5.2.7.1 Darstellung des Störungsbildes

Kennzeichen einer Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Unter Zwangsgedanken versteht man Ideen, Impulse oder Vorstellungen, mit denen sich Klienten immer wieder beschäftigen. Diese sind meist quälend, da sie obszön sind, gewalttätige Inhalte haben oder als sinnlos empfunden werden. Die betroffene Person versucht erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als eigene Gedanken erlebt, auch wenn sie oft als abstoßend und unwillkürlich empfunden werden (ICD-10, 2010).

Zwangsrituale oder –handlungen sind sich ständig wiederholende Stereotypien. Sie werden wie Zwangsgedanken ebenso als unangenehm empfunden, doch dienen sie dazu, Aufgaben zu erfüllen die an sich nützlich sind. Das Verhalten wird als ineffektiv und sinnlos erlebt und der Betroffene versucht, dagegen anzukämpfen. Auch vegetative Angstsymptome sind häufig vorhanden, ebenso eine quälende innere Anspannung (ICD-10, 2010).

Klienten mit einer Angststörung haben häufig auch depressive Symptome (ICD-10, 2010).

5.2.7.2 Studien über die Behandlung von Personen mit einer Zwangsstörung via Online-Interventionen

Himle, Fischer, Muroff, Van Etten, Lokers, Aberlson und Hanna (2006) präsentieren drei Fälle, in denen eine Zwangsstörung mit einer kognitiven Verhaltenstherapie via Videokonferenz über zwölf Wochen hinweg behandelt wurden.

Die therapeutische Beziehung wurde von allen drei Klienten als sehr hoch eingeschätzt. Außerdem waren sie mit der Behandlung sehr zufrieden. In jedem Fall konnte eine Verminderung der Zwangshandlungen beobachtet werden (Himle et al., 2006).

5.2.7.3 Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Symptome, die laut ICD-10 das Störungsbild einer Zwangsstörung ausmachen. Die Antworten der Psychologen und Therapeuten finden sich ebenso in der Tabelle. Nach der Erfahrung der Teilnehmer der Online-Untersuchung, erhöhen die rot markierten Symptome die Wahrscheinlichkeit, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

„Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?“:	Nein	Eher Nein	Nein und eher Nein Gesamt	Eher Ja	Ja	Eher Ja und Ja Gesamt	Weiß nicht
Die wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder –rituale haben die für den Betroffenen quälend und störend sind	11	12	23	12	4	16	11
Die Widerstand gegen diese Gedanken/Handlungen aufbringen	9	12	21	14	2	16	13
Die vegetative Angstsymptome aufweisen	3	11	14	16	7	23	13
Die eine quälende innere Anspannung aufweisen	5	11	16	15	9	24	10
Die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	17	19	5	24	9

Tabelle 20: Ergebnisse der Online-Fragebogenuntersuchung zum Störungsbild der Zwangsstörung

Das Ergebnis ist hier vergleichbar mit dem der Posttraumatischen Belastungsstörung, da auch hier der Leidensdruck und Angstsymptome ausschlaggebend für die Inanspruchnahme einer Online-Intervention zu sein scheinen.

5.3 Gemeinsamkeiten in denen als wichtig identifizierten Symptomen

Betrachtet man die Symptome, die nach der Erfahrung der Teilnehmer der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend angesehen wurden, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, so ergeben sich drei Hauptfaktoren:

Zunächst scheint Angst ein wichtiges Thema zu sein, einhergehend mit Aktivitätseinschränkungen, denen die Angst ebenfalls zugrunde liegen könnte.

Folgende Angstsymptome, die mit einer Aktivitätseinschränkung bis hin zum nicht-mehr-Verlassen des Hauses gehen können, schätzten die Teilnehmer als Symptome ein, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen könnten, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen:

- * Angst, das eigene Haus zu verlassen,
- * Angst, sich in einer Menschenmenge oder auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten,
- * Angst, ein Geschäft zu betreten,
- * Angst, sich nicht sofort und leicht an einen sicheren Platz zurückziehen zu können,
- * Angst, alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen,
- * Angst vor einer Menschenmenge,
- * Panik bei dem Gedanken, in der Öffentlichkeit zu kollabieren und hilflos liegen zu bleiben,
- * Angst vor öffentlichen Plätzen,
- * Vermeidung von Situationen, in denen man Angst hat,
- * Angst vor dem Sterben.

Ebenso wurden von den Teilnehmern der Online-Untersuchung Symptome, die einen Leidensdruck erzeugen als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, angesehen:

- * Panikattacken,
- * Angst, die von leichtem Unbehagen bis zur Panik reichen kann,
- * Erwartungsangst bei der Vorstellung, dass eine Situation die Angst erzeugt, eintreten könnte,
- * Vegetative Angstsymptome,

- * Tiefe Verzweiflung,
- * Suizidgedanken, selbstverletzendes Verhalten, Suizidhandlungen,
- * Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- * Quälende innere Anspannung,
- * Angst vor Kontrollverlust.

Als dritte Gruppe können Symptome angesehen werden, die aktivitätseinschränkend sind:

- * Schwierigkeiten, Berufstätigkeit oder soziale Aktivitäten fortzusetzen,
- * Aktivitätseinschränkung,
- * Schlafstörungen.

Als wichtigster Faktor wurde das Symptom Angst, das eigene Haus zu verlassen, angesehen. In den Zielgruppen wurde immer von Mobilitätseinschränkung aufgrund äußerer Faktoren, wie Behinderung oder schlechter psychosozialer Infrastruktur, ausgegangen, nie jedoch von inneren Barrieren wie Angst. Ebenso finden Aktivitätseinschränkungen, die durch andere Symptome bedingt, wie zum Beispiel Schlafstörungen keine Erwähnung in den Zielgruppen von Döring (2000), Laszig und Eichenberg (2003) und Kersting, Schlicht und Kroker (2009). Auch Personen, die Leidensdruck, haben wurden in den Zielgruppen nicht angesprochen.

Insgesamt können also drei Faktoren identifiziert werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen: Aktivitätseinschränkende Symptome, Symptome, die Leidensdruck hervorrufen und Angstsymptome, die eine Aktivitätseinschränkung nach sich ziehen.

5.4 Andere, im Zusammenhang mit Online-Interventionen nicht erforschte Störungsbilder, die für Online-Interventionen gut geeignet wären

Durch das Vergleichen von Symptomen, die in der Online-Untersuchung als die Wahrscheinlichkeit erhöhend, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, identifiziert wurden, mit Symptomen von anderen Störungsbildern aus dem ICD-10, soll nun auf andere Störungsbilder geschlossen werden, die für Online-Interventionen gut geeignet wären. Diese werden im Folgenden beschrieben und in Verbindung mit den eine Online-Intervention wahrscheinlichkeitserhöhenden Symptomen gebracht.

5.4.1 Entzugssyndrom

Beim Entzugssyndrom handelt es sich um Symptome, die durch den Entzug einer Substanz auftreten. Die körperlichen Symptome unterscheiden sich je nach konsumierter Substanz. Psychische Störungen wie Angst, Depression und Schlafstörungen sind häufige Merkmale des Entzugssyndroms. (ICD-10, 2010). Angst wurde von den Therapeuten und Psychologen als Symptom identifiziert, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen. Das Störungsbild der Depression (Kap. 5.2.1) an sich und ebenso Personen, die an Schlafstörungen leiden, sind nach der Erfahrung der Therapeuten und Psychologen für Online-Interventionen geeignet.

5.4.2 Postschizophrene Depression

Die postschizophrene Depression ist eine depressive Episode, die nach einer schizophrenen Erkrankung auftritt und länger andauert. Die depressiven Symptome stehen dabei quälend im Vordergrund (ICD-10, 2010). Hier wird das Störungsbild der Depression als hervorstechendes Merkmal beschrieben, welches aktivitätseinschränkende Symptome wie auch Symptome, die einen deutlichen Leidensdruck erzeugen, beinhaltet. Diese wurden von den Psychologen und Therapeuten als Symptome erkannt, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.3 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv

Hierbei handelt es sich um ein Störungsbild, bei dem sowohl depressive als auch schizophrene Symptome gleichzeitig auftreten. Schlaflosigkeit und Suizidideen sind Beispiele,

die im ICD-10 (2010) angeführt werden, die von den Therapeuten und Psychologen als Symptome erkannt wurden, die die Personen eher dazu motivieren, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

In Kapitel 5.2.2 wurde die Angststörung an sich behandelt. Aus den Artikeln ging allerdings nicht hervor, welche Angststörung die Untersuchungsteilnehmer hatten. Aus diesem Grund wird hier auf weitere Angststörungen (5.4.4 – 5.4.8) eingegangen.

5.4.4 Soziale Phobie

Die soziale Phobie zentriert sich um die Angst vor der prüfenden Betrachtung durch Menschen in kleinen Gruppen und führt dazu, dass soziale Situationen gemieden werden. Wichtige diagnostische Leitlinien sind die Angst vor sozialen Situationen und auch die Vermeidung solcher (ICD-10, 2010). Beides wurde von den Psychologen und Therapeuten als Symptome identifiziert, die die Wahrscheinlichkeit eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, erhöhen.

5.4.5 Spezifische (isolierte) Phobien

Diese Phobien sind auf spezifische Situationen beschränkt, welche Panik auslösen können. Diese Situationen werden gemieden und die Angst muss auf eine spezifische Situation oder ein bestimmtes phobischen Objektes, das anwesend ist, beschränkt sein (ICD-10, 2010). Panik, Angst und Vermeidungsverhalten sind Symptome, die von den Therapeuten und Psychologen als Symptome erkannt wurden, die Personen eher dazu motivieren eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.6 Panikstörung

Bei der Panikstörung treten schwere vegetative, nicht auf eine Situation oder einen Umstand gebundene Angstanfälle auf. Es besteht keine objektive Gefahr und zwischen den Panikattacken müssen angstfreie Zeiträume liegen. Erwartungsangst wird häufig entwickelt (ICD-10, 2010). Panikattacken sowie auch die Erwartungsangst wurden von den Therapeuten und Psychologen als Symptome erkannt, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.7 generalisierte Angststörung

Wesentlich für eine generalisierte Angststörung ist eine generalisierte, anhaltende Angst, die auf keine bestimmten Situationen beschränkt ist. Vegetative Angstsymptome, Befürchtungen und motorische Spannung dienen als diagnostische Leitlinien. Auch depressive Symptome können auftreten (ICD-10, 2010). Aus den Symptomen ergibt sich auch für das Störungsbild der generalisierten Angststörung, dass sie nach der Erfahrung der Psychologen und Therapeuten Klienten dazu motivieren, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.8 Angst und depressive Störung, gemischt

Angst und Depression bestehen gleichzeitig, allerdings erreicht keine der Störungen das Ausmaß, um als einzelne Diagnose zu gelten (ICD-10, 2010). Symptome der Angststörung und Depression wurden von den Therapeuten und Psychologen für eine wahrscheinlichkeitserhöhende Inanspruchnahme einer Online-Intervention identifiziert.

5.4.9 Anpassungsstörung

Personen die an einer Anpassungsstörung leiden, sind emotional beeinträchtigt, leiden subjektiv und sind in ihren soziale Leistungen und Funktionen beeinträchtigt. Diese Zustände können nach entscheidenden Lebensveränderungen, nach belastenden Lebensereignissen oder bei der Möglichkeit bzw. dem Vorhandensein schwerer körperlicher Erkrankung auftreten. Die Anzeichen für eine Anpassungsstörung sind unterschiedlich, wie beispielsweise depressive Stimmung, Besorgnis, Angst, das Gefühl nicht zurecht zu kommen, die Einschränkung der alltäglichen Routine oder der Fähigkeit voranzuplanen. Der Beginn der Störung liegt innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis (ICD-10, 2010).

Die Anpassungsstörung kann weiter unterteilt werden in Störungen mit depressiver Symptomatik und Störungen des Sozialverhaltens. Für diese Arbeit relevant sind die Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion, mit längerer depressiver Reaktion, mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10, 2010).

Angst und Depression spielen auch beim Störungsbild der Anpassungsstörung eine große Rolle. Wie auch bei den bereits beschriebenen Störungsbildern, waren die Therapeuten und Psychologen der Online-Untersuchung der Meinung, dass Angstsymptome und Symptome der Depression die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.10 Somatisierungsstörung

Charakteristisch für die Somatisierungsstörung sind mehrere, häufig wechselnde und wiederholt auftretende körperliche Symptome. Die körperlichen Symptome bestehen über Jahre, werden jedoch ohne Befund diagnostiziert. Der Klient weigert sich anzunehmen, dass für seine körperlichen Symptome keine körperliche Erklärung gefunden werden kann (ICD-10, 2010).

Angst und Depression sind häufig Begleiterscheinungen und erfordern eine spezifische Behandlung. Familiäre und soziale Funktionen sind durch die Symptome und das daraus resultierende Verhalten beeinträchtigt (ICD-10, 2010).

Angst und Depression spielen auch hier eine wesentliche Rolle. Es besteht jedoch auch die Schwierigkeit für Klienten, seine normalen sozialen Aktivitäten fortzusetzen. Dies wurde von den Teilnehmern der Online-Untersuchung auch als ein Symptom identifiziert, welches die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.11 Hypochondrische Störung

Personen, die unter einer Hypochondrischen Störung leiden, beschäftigen sich beharrlich mit der Möglichkeit, an schweren, fortschreitenden Erkrankungen zu leiden, die sich durch anhaltende körperliche Beschwerden oder der andauernden Beschäftigung mit seiner körperlichen Erscheinung, manifestiert. Normale Erscheinungen und Empfindungen werden von Betroffenen als belastend oder abnorm wahrgenommen und die Aufmerksamkeit wird auf wenige Organe fokussiert. Meist treten beträchtliche Angstzustände und Depressionen auf, die sogar eine zusätzliche Diagnose rechtfertigen können (ICD-10, 2010).

Dysmorphophobie etwa fällt unter die hypochondrischen Störungen. Sie fungierte in Kapitel 3.3 als Beispiel für eine Störung, die soweit gehen kann, dass der Betroffene sein Haus nicht mehr verlässt (Driesch, Burgmer & Heuft, 2004).

Auch hier treten wieder Angst und Depression als wichtige Anzeichen dieses Störungsbildes auf. Angst, sein eigenes Haus zu verlassen, wurde von den teilnehmenden Psychologen und Therapeuten als das Symptom identifiziert, dass die Wahrscheinlichkeit am meisten erhöht, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.4.12 Nichtorganische Schlafstörungen

Da die teilnehmenden Personen der Online-Untersuchung Schlafstörungen als Symptom identifizierten, das die Wahrscheinlichkeit eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen erhöht, werden somit alle Schlafstörungen miteinbezogen.

Es können Dyssomnien und Parasomnien unterschieden werden. Dyssomnien zeigen eine Störung in Qualität, Zeitpunkt oder Dauer des Schlafes, die emotional bedingt sind. Parasomnien sind während des Schlafes vorkommende abnorme Episoden (ICD-10, 2010).

Meist ist die Schlafstörung ein Symptom einer anderen körperlichen oder psychischen Krankheit (ICD-10, 2010).

5.4.13 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Ist eine Person extremer Belastung ausgesetzt, so kann eine andauernde Persönlichkeitsänderung die Folge sein. Eine posttraumatische Belastungsstörung (siehe Kapitel 5.2.4) kann der Persönlichkeitsveränderung vorausgehen. Sozialer Rückzug, ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder Leere, Entfremdung, eine misstrauische oder feindliche Haltung gegenüber der Welt und chronische Nervosität zählen zu den diagnostischen Leitlinien (ICD-10, 2010).

Etliche Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung wurden von den Teilnehmern der Online-Untersuchung als wahrscheinlichkeitserhöhend für eine Inanspruchnahme einer Online-Intervention gesehen. Weiters deutet der soziale Rückzug auf ein relevantes Symptom hin.

5.4.14 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Charakteristisch für die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen ist die Kombination von andauerndem aufsässigen, aggressiven oder dissozialen Verhalten mit deutlichen Symptomen von Angst, Depression oder anderen emotionalen Störungen (ICD-10, 2010). Auch hier sind Angst und Depression charakteristisch für das Störungsbild. Angstsymptome sowie auch Depressionssymptome wurden von den teilnehmenden Therapeuten und Psychologen als wahrscheinlichkeitserhöhende Symptome identifiziert, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

5.5 Störungsbilder, die in Österreich am häufigsten durch Online-Interventionen behandelt werden

Hier soll nun ein Vergleich der Störungen, die als für Online-Interventionen geeignet angesehen wurden, und der Störungen, die laut den Teilnehmern mit Erfahrungen mit Online-Interventionen der Online-Untersuchung, folgen.

In der folgenden Tabelle finden sich die Häufigkeiten der durch Online-Interventionen von den Teilnehmern der Online-Untersuchung behandelten Störungsbilder. Abgefragt wurden die Symptome von Störungsbildern aus dem Kapitel V des ICD-10.

Zusätzlich wurden auch Störungsbilder abgefragt, die nach einer Literaturrecherche als Störungen, die mit Online-Interventionen behandelt wurden, erkannt wurden.

Es fanden sich somit auch Demenz und nichtorganische Schlafstörungen im Fragebogen. Bei genauerer Betrachtung wurden diese jedoch mangels Therapeut-Klient-Kontakt in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Es wurden nur jene Personen berücksichtigt, die den Fragebogen komplett ausgefüllt haben. Teilnehmer, deren Antwortmuster daraufhin deuten, dass der Fragebogen nicht gewissenhaft ausgefüllt wurde, wurden aus der Stichprobe entfernt.

	Sehr häufig		Häufig		Selten		Nie		Weiß nicht		fehlend	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	3,4	2	6,9	7	24,1	13	44,8			6	20,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2	6,9	1	3,4	6	20,7	13	44,8	1	3,4	6	20,7
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen			1	3,4	7	24,1	14	48,3			7	24,1
Affektive Störungen	5	17,2	2	6,9	15	51,7	3	10,3			4	13,8
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	4	13,8	4	13,8	16	55,2	2	6,9			3	10,3
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (PTBS)	3	10,3	5	17,2	10	34,5	6	20,7	1	3,4	4	13,8

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren		2 6,9	8 27,6	9 31	2 6,9	8 27,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 3,4	7 24,1	9 31	8 27,6		4 13,8
Intelligenzminderung			2 6,9	18 62,1	1 3,4	8 27,6
Entwicklungsstörungen		1 3,4	2 6,9	18 62,1		8 27,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 3,4	3 10,3	3 10,3	14 48,3	1 3,4	7 24,1
Demenz	1 3,4		1 3,4	17 58,6		10 34,5
Depression	4 13,8	2 6,9	11 37,9	2 6,9	1 3,4	9 31
Phobische Störungen	2 6,9	2 6,9	8 27,6	9 31	1 3,4	7 24,1
Andere Angststörungen	2 6,9	4 13,8	12 41,4	6 20,7		5 17,2
Zwangsstörungen	2 6,9	2 6,9	6 20,7	12 41,4		7 24,1
Essstörungen	4 13,8	2 6,9	10 34,5	6 20,7		7 24,1
Nichtorganische Schlafstörungen		3 10,3	1 3,4	13 44,8	2 6,9	10 34,5

Tabelle 21: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen

Bei dieser Frage hatten die Psychologen und Psychotherapeuten auch die Möglichkeit, drei weitere Störungsbilder einzufügen und ebenso die Häufigkeit anzugeben.

Folgende Störungsbilder wurden bei „Sehr häufig“ angegeben: Partnerschaftsprobleme, Lebenspraktische Themen, Scheidungstraumata, Entlastungsgespräche und Sexualstörungen. Als „Häufig“ wurden folgende Störungsbilder, die von den Teilnehmern via Online-Intervention bereits behandelt wurden, angeführt: Beratung nach Anfrage bzgl. Therapieplatz, etc.

Mit „Selten“ wurden folgende Störungsbilder angegeben: Beziehungsprobleme, Path. Glücksspiel und Path. Internetgebrauch.

Es wurden weitere Störungsbilder angegeben, wobei die Häufigkeit nicht angegeben wurde: Fragen zu Arbeitspsychologie, Psychosomatik, Mobbingkonflikte und Burnout.

Weiters gab es auch noch die Möglichkeit, Anmerkungen zu dieser Frage hinzuzufügen.

Ein Teilnehmer gab an, besondere Erfolge bei sozialen Problemen zu erzielen.

Ein anderer meinte, dass er hauptsächlich Mütter von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen online betreue und diese sind fast ausschließlich Ergänzungen zu den Face-to-Face-Therapien darstellen.

Ein weiterer meinte, dass vor allem „Normal-Neurotiker“ sehr gut auf Online-

Interventionen ansprechen. Aber auch zur Abfederung und laufenden Begleitung von leichten depressiven Episoden oder zum Teil auch bei somatoformen Störungen als Reminderfunktion.

5.6 Vergleich der „geeigneten Störungen“ mit den ICD-10-Kategorien

Organische, einschließlich symptomatisch psychische Störungen werden nach Angaben der Teilnehmer der Online-Untersuchung behandelt. Demenz wurde ebenfalls extra abgefragt, wobei hier nur zwei (= 2,7 %) Psychologen oder Therapeuten angaben, diese Störung mit Online-Interventionen zu behandeln.

Neun (= 12,3 %) Teilnehmer gaben an, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zu behandeln. Darunter fällt auch das Entzugssyndrom (Kap. 5.4.1).

Acht (= 11 %) Therapeuten oder Psychologen gaben an, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen durch Online-Interventionen selten oder häufig zu behandeln. In der Analyse geeigneter Störungsbilder konnten die Postschizophrene Depression (Kap. 5.4.2) und die Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (Kap. 5.4.3) gefunden werden.

Affektive Störungen werden von 22 (= 30,1 %) Psychologen oder Therapeuten durch Online-Interventionen behandelt. Depression wurde separat nochmals abgefragt, wobei 17 (=23,3%) Personen angaben, diese schon durch Online-Interventionen behandelt zu haben.

24 (= 32,9 %) von 29 Teilnehmern gaben an, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen durch Online-Interventionen zu behandeln. Die Unterkategorien „phobische Störung“ und „andere Angststörungen“ sowie „Zwangsstörungen“ wurden separat abgefragt.

Phobische Störungen werden von zwölf (= 16,4 %) Therapeuten oder Psychologen durch Online-Intervention behandelt. Durch die Analyse geeigneter Störungsbilder wurde in dieser Kategorie die soziale Phobie (Kap. 5.4.4) und spezifisch (isolierte) Phobie (Kap. 5.4.5) identifiziert. Auch die Agoraphobie (Kap. 5.2.3) findet sich in dieser Unterkategorie.

18 (= 24,7 %) Teilnehmer der Online-Untersuchung haben andere Angststörung durch Online-Interventionen behandelt wie zum Beispiel die Panikstörung (Kap. 5.4.6), die generalisierte Angststörung (Kap. 5.4.7), Angst und depressive Störung, gemischt (Kap. 5.4.8) die in der Analyse gefunden wurde.

Zwangsstörungen werden von zehn (= 13,7 %) Psychologen oder Therapeuten durch Online-Interventionen behandelt.

Eine weitere Unterkategorie der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“, welche von 18 (= 24,7 %) Teilnehmern der Online-Untersuchung bereits behandelt wurden. Dazu gehören die Posttraumatische Belastungsstörung (Kap.) und die Anpassungsstörung (Kap. 5.4.10).

Die Somatisierungsstörung (Kap. 5.4.11) und die Hypochondrische Störung (Kap. 5.4.12) gehören zu den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gaben zehn (= 13,7 %) Psychologen oder Therapeuten an, diese bereits behandelt zu haben. Dazu gehören die nichtorganischen Schlafstörungen (Kap. 5.4.13), welche lediglich von vier (= 5,5 %) Professionalisten behandelt wurden.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden von 17 (= 23,3 %) Teilnehmern durch Online-Interventionen behandelt. Dazu zählt die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Kap. 5.4.14).

Die kombinierte Störung des Sozialverhaltens der Emotionen (Kap. 5.4.15) gehört zu den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, welche lediglich von sieben (= 9,6 %) Therapeuten und Psychologen durch Online-Interventionen behandelt wurden.

Auffallend ist, dass vor allem Affektive Störungen, Angststörungen sowie Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, aber auch Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen von den teilnehmenden Personen der Online-Untersuchung bereits durch Online-Interventionen behandelt wurden.

VI. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Das Internet begleitet die Menschen unserer Zeit. Ob dieses Medium nun für private oder berufliche Zwecke verwendet wird: Jeder kennt es, die meisten nutzen es. Etwas, das ebenso die meisten von uns beschäftigt, ist die Auseinandersetzung mit negativen Ereignissen. Jeder Mensch wird in seinem Leben mit negativen Ereignissen konfrontiert, aber die Aufarbeitung emotional belastender Situationen stellt für viele Menschen eine Herausforderung dar, in der sie oftmals Hilfe benötigen und diese auch suchen. Das Internet oder andere Medien bieten die Möglichkeit, online Hilfe zu bekommen.

In den letzten Jahren sind vielfältige Möglichkeiten entstanden, das Internet oder das Telefon im therapeutischen Setting zu nutzen. Das größte Problem, aber auch gleichzeitig das größte Potential von Online-Interventionen sind wohl die zahllosen Variationen, in welcher Form und mit welchen Medien Hilfe angeboten werden kann.

Es gibt eine Fülle von unterschiedlichen Settings die dadurch möglich sind und oft jahrelang genutzt werden, auch wenn diese nicht als Online-Interventionen von Professionalisten bezeichnet werden, wie sich in der Online-Untersuchung herausstellte.

Um das therapeutische Setting differenzieren zu können, muss zunächst zwischen asynchronen und synchronen Medien unterschieden werden, welche die Grundlage für die unterschiedlichen Charakteristika einer Online-Intervention darstellen. Die beliebtesten Medien stellen dabei E-Mail und Telefon dar, aber auch SMS spielen mittlerweile eine große Rolle im Rahmen von Online-Interventionen. Aufgrund der unterschiedlichen Medien, die verwendet werden können, ergeben sich verschiedene Charakteristika. Synchroner Medien verlangen - wie auch das Face-to-Face-Setting - Unmittelbarkeit, asynchrone Medien haben den großen Vorteil der zeitlichen Autonomie.

Bei schriftlicher Kommunikation fehlen jedoch Blickkontakt, Körperhaltung oder die Intonation der Stimme. Mittlerweile gibt es aber etliche Überlegungen, wie man trotzdem Gefühle und Betonungen seinem Gegenüber vermitteln kann.

Des Weiteren scheint die Anonymität beim Thema Online-Interventionen eine große Rolle zu spielen. Hilfesuchende fühlen sich im Rahmen der Anonymität sicherer und können somit uneingeschränkt erzählen, was förderlich für Therapiefortschritte ist. In der Online-

Untersuchung konnte die Wichtigkeit der Anonymität allerdings nicht bestätigt werden.

Durch die unterschiedlichen Charakteristika von Online-Interventionen ergeben sich auch verschiedene Settings. Online-Interventionen können selbstständig oder ergänzend zum Face-to-Face-Setting durchgeführt werden. Die meisten Therapeuten und Psychologen bieten Online-Interventionen ergänzend zum Face-to-Face-Setting an. Selbstständige Online-Interventionen werden eher selten durchgeführt.

Auch der Zeitraum, über den sich eine Online-Intervention erstreckt, ist variabel. Die meisten Therapeuten und Psychologen betreuen Klienten über einen kurzen Zeitraum, aber auch über eine längere Zeitspanne werden Online-Interventionen in Anspruch genommen.

Die Online-Untersuchung in dieser Arbeit beschäftigte sich mit einer Bestandsaufnahme der Situation in Österreich. Wer Online-Interventionen in Österreich anbietet, welche Medien dazu verwendet werden und in welcher Form sie verwendet werden, sind Fragen, die im Zuge der Online-Untersuchung beantwortet wurden. Einen Schwerpunkt der Untersuchung stellte die Grundlage für eine Analyse für Online-Interventionen geeigneter Störungsbilder dar.

In der Online-Untersuchung waren viele verschiedene Therapierichtungen vertreten, was darauf schließen lässt, dass Online-Interventionen auch in unterschiedlichen Therapierichtungen Anwendung finden und nicht auf einige wenige beschränkt werden können. Die angesprochenen Therapeuten und Psychologen, die Therapierichtungen angehören, die keine Online-Interventionen anbieten, tun dies aus technischen Gründen nicht. Für eine Gruppenpsychoanalyse beispielsweise fehlen hier die technischen Voraussetzungen. Eine konzentrierte Bewegungstherapie kann ohne Face-to-Face-Setting nicht stattfinden, genauso wie eine Tanz-, Körper- und Bewegungstherapie.

Die Zielgruppen, die in dieser Arbeit von Döring (2000), Laszig und Eichenberg (2003) und Kersting, Schlicht und Kroker (2009) definiert wurden, wurden den Professionalisten, die an der Online-Untersuchung teilnahmen, vorgegeben und von diesen teilweise bestätigt. Einschränkungen in der Mobilität werden als sinnvollste Gründe angesehen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen. Aber auch unverbindliches Erkundigen von

Personen, die eine Therapie anstreben, werden von den meisten Personen als sinnvoll gesehen. Lediglich ein Siebtel der Befragten gab an, Online-Interventionen seien nicht sinnvoll. An der Online-Untersuchung nahmen sowohl Psychologen und Therapeuten teil, die Online-Interventionen anbieten, als auch welche, die keine Online-Interventionen anbieten. Es zeigte sich, dass sowohl Personen, die bereits Erfahrungen mit Online-Interventionen gesammelt haben, als auch Personen, die keine Erfahrung in diesem Bereich haben, Online-Interventionen als generell sinnvoll, wie auch als nicht sinnvoll bezeichnen.

Zur Definition sei festgehalten, dass in der Literatur einmal von Online-Therapie, einmal von Online-Beratung gesprochen wird (Brunner, 2006; Stetina et al., 2009).

Online-Therapie darf in Österreich nach der „Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gar nicht angeboten werden. Die Gründe dafür müssen kritisch betrachtet werden, da es fraglich ist, ob die Argumente (Kap. 2.10), wie zum Beispiel der Wegfall nonverbaler Kommunikation, auf alle Medien zutreffen. Eine Videokonferenz scheint die Anforderungen zu erfüllen und kommt dem Face-to-Face-Setting sehr nahe.

Interessant ist auch die Tatsache, dass laut Bundesministerium für Gesundheit eine Psychotherapie via Internet aus rechtlicher Sicht nicht unterstützt werden kann, bei der Online-Untersuchung dennoch einige wenige Personen angaben, diese anzubieten.

Die Online-Untersuchung ermöglicht einen Einblick in die Situation der Online-Interventionen in Österreich. Es konnte aufgezeigt werden, wer Online-Interventionen in Österreich anbietet, in welcher Form und in welchem Ausmaß dies geschieht.

Natürlich stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwieweit Online-Interventionen erfolgreich sind.

In etlichen Artikeln wurde die Wirksamkeit von Online-Interventionen untersucht und dokumentiert. In der vorliegenden Arbeit wurden Störungsbilder sowie Studien, die über die Wirksamkeit von Online-Interventionen berichten, beschrieben. In der Online-Untersuchung wurden die Symptome bestimmter Störungsbilder den Professionalisten vorgegeben, mit der Instruktion einzuschätzen, ob diese die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen oder nicht.

Symptome, die einen Leidensdruck erzeugen, als auch aktivitätseinschränkende Symptome und vor allem Angst, die eine Aktivitätseinschränkung nach sich zieht, wurden von den

Professionalisten am bedeutendsten angesehen. Das Symptom „Angst, das eigene Haus zu verlassen“ wurde als wichtigster Faktor aufgezeigt. Mobilitätseinschränkung wurde bei den Zielgruppen (Kap. 2.6) auf äußere Faktoren zurückgeführt, während hier die Mobilitätseinschränkung auf inneren Barrieren basiert.

Angst und Depression sind komorbide Störungen; so konnten andere Störungen ausfindig gemacht werden, die bis jetzt in Studien noch nicht untersucht wurden.

Es zeigte sich, dass Affektive Störungen, worunter auch die Depression fällt, wie auch Angststörungen diejenigen Krankheitsbilder sind, die von vielen Teilnehmern der Online-Untersuchung bereits behandelt wurden.

Die hier gefundenen Störungsbilder und ihre Behandlung mittels Online-Interventionen sollten Inhalt weiterer Studien sein. So kann die Effektivität der zum Einsatz kommenden Online-Intervention auch für diese Störungsbilder dokumentiert werden.

Kritisch anzumerken ist, dass der Fragebogen zwar sehr ausführlich gestaltet war, eine Definition des Begriffs „Online-Intervention“ zu Beginn des Fragebogens aber das Antwortverhalten mancher Personen sicherlich beeinflusst hätte. So gab es etliche Anmerkungen, dass zwar Medien zum Beispiel für eine Überbrückung eines Urlaubes oder eines längeren Auslandsaufenthaltes genutzt werden, dies jedoch nicht als eine Online-Intervention angesehen wurde.

Für die Zukunft der Online-Interventionen in Österreich ist es sicherlich auch wichtig, dass die Basis der rechtlichen Grundlagen – die Internetrichtlinie neu überarbeitet wird. Die Argumente, die in dieser angeführt werden, sind teilweise veraltet und treffen nicht mehr auf alle Medien zu. Eine Videokonferenz etwa würde die Anforderungen einer psychotherapeutischen Beziehung im Internet erfüllen.

Inwieweit sich Online-Interventionen in den nächsten Jahren in Österreich etablieren, ist noch nicht eindeutig vorauszusehen, aber schon jetzt kommt ihnen Bedeutung im therapeutischen Setting zu. Sie werden vor allem als Unterstützung des Face-to-Face-Settings genutzt. Online-Interventionen werden daher in den nächsten Jahren vermutlich noch an Bedeutung zunehmen.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

- Ahern, D.K., Kreslake, J.M. & Phalen, J.M. (2006). What Is eHealth (6): Perspectives on the Evolution of eHealth Research. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (1), e4
- Andermatt, O. (2003). Psychotherapie im Internet? Ein Bericht aus der Praxis. *Psychoscope*, 8, Vol. 24, S.6-7.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, S.456-461.
- Barak, A. (1999). Psychological Application on the Internet: A Discipline on the Threshold of a New Millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8, S.231-246.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50, S.7-15.
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer.
- Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S. & Kessler, D. (2008). Primary-care Patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: a qualitative study. *Health Expectations*, 12, S.45-59.
- Beckner, V., Howard, I., Vella, L. & Mohr, D.C. (2010) Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. *Journal of behavioural Medicine*, Vol. 33, No. 1, S.47-59
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I. & Mohr, D.C. (2007). Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75, No. 3, S.508-512.

- Beer, R. (n.d.). Was passiert in der Online-Therapie? 24.02.2011;
http://www.theratalk.de/info_online_therapie_was_passiert.html
- Blesch, N., Heider, T., Schopp, P. & Smolinski, M. (2004). Kids-hotline – Onlineberatung für junge Menschen. In: H. Otto & N. Kutscher (Hrsg.), *Informelle Bildung Online*. (S.188-197) Weinheim: Juventa.
- Boos, M. & Jonas, K.J. (2008). Medienvermittelte Kommunikation. In: B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie*. (S.194-219). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P. & Lapierre, J. (2000). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, Volume 10, Number 1, S.13-25.
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P. & Goyer, L. (2000) Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference: Preliminary Results. *CyberPsychology & Behavior*, Volume 3, Number 6, S.999-1007.
- Brunner, A. (2006). Methoden des digitalen Lesens und Schreibens in der Online-Beratung. *E-Beratungsjournal*, 2(2), Artikel 4.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2003). Österreichisches Wörterbuch. Wien: Öbv & hpt.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005). Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet. Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates bisher veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 13, Suppl. 2, Nr. 2/2005, S 43ff, sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 5/2005, S 13. 07.04.2010;
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/8/3/CH0964/CMS1144348952885/internetrichtlinie_formatiert_fuer_homepage.pdf

- Burns, M.N., Siddique, J., Fokuo, J.K. & Mohr, D.C. (2010). Comorbid Anxiety Disorders and Treatment of Depression in People With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, Vol.55, No.3, S.255-262.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyber Psychologie & Behavior*, Volume 5, Number 2, 95-105.
- Cuijpers, P., Stratan, A.v. & Andersson, G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 31(2), 169-177.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Döring, N. (2000). Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen*. (S.509-547). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. & Eichenberg, C. (2009). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Chancen und Grenzen. In: S. Kühne & G. Hinterberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung*. (S.91-104). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Driesch, G., Burgmer, M. & Heuft, G. (2004). Körperdysmorphie Störung. Epidemiologie, klinische Symptomatik, Klassifikation und differenzielle Therapieindikation – eine Übersicht. *Nervenarzt*, 75, S.917-931.
- Eichenberg, C. (2003). Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In: Ott, R. & Eichenberg, C. (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2004). Das Internet als therapeutisches Medium: Selbsthilfe und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, 2, S.14-16.

- Eichenberg, C. (2008). Bedeutung der Medien für klinisch-psychologische Interventionen. In: B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie*. (S.503-530). Berlin: Springer.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2003). Informationen über psychische Störungen im Internet: Überblick und Qualitätssicherung. In: R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. (S.21-46). Göttingen: Hogrefe.
- Finckh, H.J. (2009). Erwachsenenbildungswissenschaft. Selbstverständnis und Selbstkritik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Georgiades, S.D. (2008). A Solution-Focused Intervention with a Youth in a Domestic Violence Situation: Longitudinal Evidence. *Contemporary Family Therapy*. Vol. 30, No. 3, S.141-151.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. (2010). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, Vol. 13, No. 1, S.29-35.
- Graf-Oppolzer, H. (2006). Internet, Beratung und Psychotherapie: eine gerade noch aktuelle Bestandsaufnahme. *Psychotherapie Forum*, 14, S.193-198.
- Greene, C.J., Morland, L.A., Macdonald, A., Frueh, B.C., Grubbs, K.M. & Rosen, C.S. (2010). How Does Tele-Mental Health Affect Group Therapy Process? Secondary Analysis of a Noninferiority Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 78, No. 5, S.746-750.
- Heider, T. (2008). Prozesse in der Chatberatung. *E-Beratungsjournal*, 4(2), Artikel 6.
- Himle, J.A., Fischer, D.J. Muroff, J.R., Van Etten, M.L., Lokers, L.M., Abelson, J.L. & Hanna, G.L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, S.1821-1829.

- Hintenberger, G. (2006). *taschentuchreich* - Überlegungen zur Methodik der Chatberatung. *E-Beratungsjournal*, 2(2), Artikel 2.
- Hoffmann, B. (2003). Medienpädagogik. Paderborn: Schöningh.
- Jandl-Jäger, E., Strobl, K. & Czypionka, T. (2004). Psychotherapie im Internet: Österreich. *Psychotherapie Forum*, 12, S.156-163.
- Joinson, A.N. (2001). Knowing Me, Knowing You: Reciprocal Self-Disclosure in Internet-Based Surveys. *CyberPsychology & Behavior*, Vol. 4 (5), S.587-591.
- Kersting, A., Schlicht, S. & Kroker, K. (2009). Internettherapie. Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, 80, S.797-804.
- Kinsinger, S.W., Lattie, E. & Mohr, D.C. (2010). Relationship Between Depression, Fatigue, Subjective Cognitive Impairment, and Objective Neuropsychological Functioning in Patients With Multiple Sclerosis. *Neuropsychology*, Vol. 24, No. 5, S.573-580.
- Knatz, B. (2005). Rat und Hilfe aus dem Internet – Die Beratung per Mail. Standards und Herausforderungen. *E-Beratungsjournal* 1(1), Artikel 2.
- Knatz, B. & Dodier, B. (2003). Hilfe aus dem Netz: Theorie und Praxis der Beratung per E-Mail. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kral, G. (2009). Rezension zu: Stefan Kühne & Gerhard Hinterberger (Hrsg.). Handbuch Online-Beratung 2009, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. *E-Beratungsjournal*, 5(1), Artikel 10.
- Kron, F. W. (1999). Wissenschaftstheorie für Pädagogen. München: Ernst Reinhardt.
- Krotz, F. (2007). Mediatisierung: Fallstudien zum Wandel von Kommunikation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Lange, Y., Radermacher, I. & Springer, L. (2008). Das internetbasierte Aphasietherapiesystem Fleppo: Eine methodenvergleichende Therapiestudie. *Forum Logopädie*, Heft 1 (22), 28-33.
- Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Onlineberatung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48, S.193-198.
- Lindauer, U. (2003). Online-Therapie mit Webcam und MIMMIs. Ergebnisse des Forschungsprojekts. In: E. Etersdorfer, G. Fiedler & M. Witte (Hrsg.), *Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten*. (S.195-211) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mackinnon, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2008). Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192, S.130-134.
- Mitchell, J.E., Crosby, E.D., Wonderlich, S.A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C. & Myers, T.C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46, S.581-592.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L. & Tasch, E. T. (2005). Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 26, S.1007-1014.
- Mohr, D.C., Likosky, W., Bertagnolli, A., Goodkin, D.E., Van Der Wende, J., Dwyer, P. & Dick L.P. (2000). Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Depressive Symptoms in Multiple Sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 2, S.356-361.
- Nelson, E., Barnard, M. & Cain, S. (2003). Treating Childhood Depression over Videoconferencing. *Telemedicine Journal and e-health*. Volume 9 (1), S.49-55.

- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*. Vol.7, No.1, e1.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S.70-182) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- ORF Kundendienst (2011). Die Geschichte von „147 – Rat auf Draht“. 16.04.2011; <http://kundendienst.orf.at/service/humanitaeres/rataufdraht/entwicklung.html>
- Petzold, M. (2006). Psychologische Aspekte der Online-Kommunikation. *E-Beratungsjournal*, 2(2), Artikel 6.
- Ploil, E. O. (2009). Psychosoziale Online-Beratung. München: Ernst Reinhardt.
- Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit (2010). 19.11.2010; <http://ipp.bmgf.gv.at/Netscape/SearchFrames.asp?Name=IPP&MaskType=Person>
- Psychologenliste des Bundesministeriums für Gesundheit (2010). 19.11.2010; <http://ipp.bmgf.gv.at/Netscape/SearchFrames.asp?Name=IPP&MaskType=Person>
- Psychotherapiegesetz (1990). Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie. 28.03.2011; <http://www.psychotherapie.at/psychotherapiegesetz>
- Robinson, P. & Serfaty, M. (2008). Getting better byte by byte: a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, March, 16(2), S.84-93.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S. & Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychologie*, Vol. 60 (3), S.269-283.

- Roy, H. & Gillett, T. (2008). E-mail: A New Technique for Forming a Therapeutic Alliance with High-risk Young People Failing to Engage with Mental Health Services? A Case Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, S.95-103.
- Schnoor, H. (2006). Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Eine Einführung. In: H. Schnoor (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. (S. 14-22). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schultze, N.G. (2007). Erfolgsfaktoren des virtuellen Settings in der psychologischen Internet-Beratung. *E-Beratungsjournal*, 3(1), Artikel 5.
- Seemann, O. & Soyka, M. (1999). Psychiatrie und Psychotherapie im Internet. Eine aktuelle Übersicht. *Der Nervenarzt*, 70, S. 76-80.
- Statistik Austria (2009). Haushalte mit Internetzugang 2002-2009. 12.09.2010; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html
- Stetina B. U., Sofianopoulou, A. & Kryspin-Exner, I. (2009). AnbieterInnen, Angebote und Kennzeichen von Online-Interventionen. In: B. U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.) *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*. (S.171-204). Wien: Springer-Verlag.
- Taylor, C.B. & Luce, K.H. (2003). Computer- and Internet-Based Psychotherapy Interventions. *Psychological Science*, Vol. 12, No. 1, 18-22.
- Veazey, C., Cook, K.F., Stanley, M., Lai, E.C. & Kunik, M.E. (2009). Telephone-Administered Cognitive Behavioral Therapy: A Case Study of Anxiety and Depression in Parkinson's Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, S.243-253.
- Vogt, B. (2007). Schreiben, ein wirksamer Prozess. Acht Thesen zur Wirksamkeit und Effektivität von E-Mail-Beratung. *E-beratungsjournal*, 3(2), Artikel 8.

- Wagner, B. & Lange, A. (2008). Internetbasierte Psychotherapie „Interapy“. In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. (S.105-119). Heidelberg: Springer.
- Weinhardt, M. (2010). Ratsuchende von E-Mail-Beratungsdiensten: Entwurf einer Typologie. *E-Beratungsjournal*, 6(1), Artikel 9.
- Wenzel, J. (2008). Vom Telefon zum Internet: Onlineberatung der Telefonseelsorge. In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. (S.89-103). Heidelberg: Springer.
- Witt, C.D. (2008). Lehren und Lernen mit Neuen Medien/E-Learning. In: U. Sander, F.v. Gross & K. Hugger (Hrsg.), *Handbuch Medienpädagogik*. (S.440-448) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wright, J.H., Wright, A.S., Albano A.M., Basco, M.R., Goldsmith, L.J., Raffield, T. & Otto, M.W. (2005). Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *Am J Psychiatry*, 126(6), S.1158-1164.
- Yager, J. (2000). E-mail as a Therapeutic Adjunct in the Outpatient Treatment of Anorexia Nervosa: Illustrative Case Material and Discussion of the Issues. *Eating Disorders*, Vol. 29, Issue 2, S.125-138.
- Yager, J. (2003). Monitoring Patients With Eating Disorders by Using E-mail as an Adjunct to Clinical Activities. *Psychiatric Services* Vol. 54, No. 12, S.1589-1588.

VIII. ANHANG

8.1 Fragebogen

0% ausgefüllt



Online-Intervention im therapeutischen Setting in Österreich

Qualitätskriterien bei Online-Therapie und Beratung aus der Sicht von TherapeutInnen und Symptomatiken, die das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher machen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen unserer Diplomarbeiten am **Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien** bearbeiten wir die Thematik „Online-Intervention im therapeutischen Setting in Österreich“ und beschäftigen uns mit unterschiedlichen Aspekten dieses Themas.

Als Dankeschön werden wir Ihnen die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung zusenden. Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich verwendet und anonymisiert.

Bitte nehmen Sie an der Umfrage nur teil, wenn Sie **PsychotherapeutIn** oder **PsychologIn** sind.

Bitte nehmen Sie auch an der Umfrage teil, wenn Sie nicht online betreuen!

Der Zeitaufwand für die Befragung beträgt circa 20 Minuten.

Ende des Befragungszeitraums ist der **05. Dezember 2010**.

Bei Fragen oder Unklarheiten:

Manuela Auer: a0601767@unet.univie.ac.at

Christine Brunner: a0401984@unet.univie.ac.at

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at

1. Geschlecht

- weiblich
 männlich

2. Alter

[Bitte auswählen] ▼

3. Welcher Psychotherapie-Richtung(en) gehören Sie an?

- Klinische PsychologIn
 Analytische Psychologie
 Autogenes Training
 Daseinsanalyse
 Dynamische Gruppenpsychotherapie
 Existenzanalyse
 Existenzanalyse und Logotherapie
 Gestalttheoretische Psychotherapie
 Gruppenpsychoanalyse
 Hypnopschotherapie
 Integrative Gestalttherapie
 Individualpsychologie
 Integrative Therapie
 Katathym Imaginative Psychotherapie
 Klientenzentrierte Psychotherapie
 Konzentrative Bewegungstherapie
 Neurolinguistische Psychotherapie
 Personenzentrierte Psychotherapie
 Psychoanalyse
 Psychodrama
 Systemische Familientherapie
 Transaktionsanalytische Psychotherapie (Transaktionsanalyse)
 Verhaltenstherapie
 Sonstiges

Weiter

1. Wieviel Berufserfahrung haben Sie?**2. Was bieten Sie an?** Online-Therapie Online-Beratung Face-to-Face-Therapie Face-to-Face-Beratung**3. Praktizieren Sie Online-Intervention ergänzend zur Face-to-Face-Intervention?** Ja Nein**4. Gibt es KlientInnen, mit denen Sie ausschließlich online arbeiten?** ja nein**5. Welche Medien nutzen Sie für die Online-Intervention?** E-Mail Telefon SMS Chat Forum Videokonferenz Sonstiges

**1. Wie viel Berufserfahrung haben Sie im Online-Sektor?****2. Wieviele Stunden arbeiten Sie derzeit als Online-TherapeutIn/-BeraterIn in der Woche?****3. Welche Aussage trifft auf Sie zu?**

- Ich betreue online hauptsächlich KlientInnen über einen langen Zeitraum.
- Ich betreue online hauptsächlich KlientInnen über einen kurzen Zeitraum.
- Ich betreue online KlientInnen sowohl über einen kurzen als auch langen Zeitraum.
- Ich betreue KlientInnen nicht online.

4. Wenn Sie sich ihre Therapie/Beratung mit Online-KlientInnen in Erinnerung rufen, was ist die minimale und maximale Anzahl an Kontakten, an die Sie sich erinnern können?minimale Anzahl maximale Anzahl **5. Wieviele Kontakte finden, Ihrer Einschätzung nach, durchschnittlich online statt?**Anzahl **6. Welcher Anteil der Intervention findet mindestens und maximal online statt?**Minimum %Maximum %**7. Welcher Anteil der Intervention findet durchschnittlich online statt?**Anteil %

1. Wie sinnvoll halten Sie Online-Intervention? (Mehrfachantworten möglich)

- Generell sinnvoll
- Sinnvoll für Personen, die herkömmliche Beratung/Therapie aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können
- Sinnvoll für Personen, die ein bestimmtes Maß an Distanz in einer beraterischen/therapeutischen Beziehung wahren möchten
- Sinnvoll für Personen, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und daher einen Berater oder Therapeuten nicht erreichen können
- Sinnvoll für Personen, die regelmäßig das Internet nutzen
- Sinnvoll für Personen, die eine körperliche Behinderung oder Einschränkungen in der Mobilität haben und daher der Zugang zu herkömmlicher Beratung/Therapie nicht möglich ist
- Sinnvoll für Personen, die den Wunsch nach Anonymität haben, sowie nach Unabhängigkeit in der Beziehung zum Therapeuten
- Sinnvoll für Personen, die ausgeprägt zurückhaltend in emotionalen Beziehungen sind
- Sinnvoll für Personen, die eine Beratung/Therapie anstreben und sich zuerst unverbindlich erkundigen wollen und den Kontakt suchen
- Sinnvoll aus anderen Gründen:
- Nicht sinnvoll: Weshalb?

2. Haben Sie Anmerkungen zur vorherigen Frage?


1. Welche Störungsbilder haben Sie mittels Online-Interventionen behandelt?

	sehr häufig	häufig	selten	nie	weiß nicht
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<input type="radio"/>				
Demenz	<input type="radio"/>				
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<input type="radio"/>				
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	<input type="radio"/>				
Affektive Störungen	<input type="radio"/>				
Depression	<input type="radio"/>				
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	<input type="radio"/>				
Phobische Störungen	<input type="radio"/>				
Andere Angststörungen	<input type="radio"/>				
Zwangsstörungen	<input type="radio"/>				
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (PTBS)	<input type="radio"/>				
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	<input type="radio"/>				
Esstörungen	<input type="radio"/>				
Nichtorganische Schlafstörungen	<input type="radio"/>				
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<input type="radio"/>				
Intelligenzminderung	<input type="radio"/>				
Entwicklungsstörungen	<input type="radio"/>				
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<input type="radio"/>				
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

2. Haben Sie Anmerkungen zur vorherigen Frage?

Weiter



Auf den folgenden Seiten geht es um

Qualitätskriterien der Online-Intervention.

Es ist möglich, dass einige Kriterien mehrmals genannt werden. Das liegt daran, dass diese in verschiedenen Kontexten andere Bedeutung haben können.

Falls Sie keine Online-Intervention anbieten, denken Sie bitte trotzdem darüber nach, welche Kriterien für Sie wichtig wären.

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at



1. Viele TherapeutInnen oder PsychologInnen, die Online-Interventionen anbieten, haben eine Homepage, auf der sie sich vorstellen und potentielle KlientInnen über Online-Interventionen informieren.

Beurteilen Sie bitte folgende Kriterien zur Homepage des Anbieters in Bezug auf die Bedeutsamkeit für die Online-Intervention.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
Informationen über die AnbieterIn auf der Homepage publizieren (Wer steckt hinter der Homepage?)	<input type="radio"/>				
Gütesiegel (Ist es wichtig ein Gütesiegel auf der Homepage zu publizieren?)	<input type="radio"/>				
Information über das Gütesiegel (Ist es wichtig Informationen über das Gütesiegel auf der Homepage zu publizieren?)	<input type="radio"/>				
Zertifikate über die Qualifizierung auf der Homepage ausweisen	<input type="radio"/>				
Notfallnummer/-adresse der AnbieterIn auf der Homepage platzieren	<input type="radio"/>				
Wahrheit, Zuverlässigkeit der Homepage-Inhalte	<input type="radio"/>				
Information publizieren, wo etwaige Beschwerden platziert werden können (... bei Unzufriedenheit über die Therapie oder die TherapeutIn)	<input type="radio"/>				
Gendersensibilität auf der Homepage	<input type="radio"/>				
Seriosität, Glaubwürdigkeit der Homepage-Inhalte (Quellenangaben, ...)	<input type="radio"/>				
Werbepolitik (Werbeinhalt wird klar von redaktionellem Inhalt unterschieden)	<input type="radio"/>				
Erreichbarkeit der Homepage über eine zentrale Portalseite (ermöglicht unter verschiedenen Angeboten zu wählen)	<input type="radio"/>				
Seriosität der angeführten Links auf der Homepage	<input type="radio"/>				
Geltung, Richtigkeit der Angaben auf der Homepage	<input type="radio"/>				
Aktualität der Inhalte auf der Homepage	<input type="radio"/>				
Relevanz der Inhalte auf der Homepage	<input type="radio"/>				
Benutzerfreundlichkeit, Navigierbarkeit, Zugänglichkeit der Homepage	<input type="radio"/>				

[Weiter](#)



1. Die Kommunikation im Online-Setting gestaltet sich anders als die Kommunikation im Face-to-face-Setting.

Beurteilen Sie bitte folgende Kriterien zur Kommunikation mit Medien in Bezug auf ihre Bedeutsamkeit für die Online-Intervention.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
Beantwortung jeder Anfrage	<input type="radio"/>				
zeitnahe Reaktion auf die Anfrage (bei asynchronen Medien)	<input type="radio"/>				
jede Anfrage als einzigartig betrachten	<input type="radio"/>				
Sensibilität in der Wortwahl	<input type="radio"/>				
Szene- und altersadäquate Sprache	<input type="radio"/>				
Abklärung der gegenwärtigen Befindlichkeit der KlientIn	<input type="radio"/>				
Emoticons als Unterstützung der schriftlichen Kommunikation	<input type="radio"/>				
Bewusstsein über die Konsequenzen des Schriftverkehrs (Ratsuchende können die Antwort auf ihre Anfrage nach Belieben veröffentlichen bzw. zweckentfremden ohne dass die AnbieterIn Einfluss darauf hat.)	<input type="radio"/>				
Verbindlichkeit gegenüber der KlientIn/verantwortungsvolle Behandlung	<input type="radio"/>				

Weiter

1. Beurteilen Sie bitte folgende Grundprinzipien von Interventionsmaßnahmen in Bezug auf die Bedeutsamkeit für die Online-Intervention. Beachten Sie, dass es sich um Kriterien handelt, die sowohl für Online-Interventionen als auch für Face-to-Face-Interventionen gelten – es handelt sich also um generelle Prinzipien von Interventionsmaßnahmen.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
Kompetenz, Professionalität des Anbieters (Ist die Kompetenz/Professionalität der AnbieterIn wichtig?)	<input type="radio"/>				
Vertraulichkeit/Schweigepflicht garantieren	<input type="radio"/>				
Datenschutz einhalten	<input type="radio"/>				
Respekt vor seinem Gegenüber	<input type="radio"/>				
Offenheit/Ehrlichkeit gegenüber der KlientIn	<input type="radio"/>				
Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen (im Bezug auf die Intervention)	<input type="radio"/>				
Integrität	<input type="radio"/>				
Aufzeichnungen führen (persönliche Aufzeichnungen über den Therapieverlauf)	<input type="radio"/>				
Einhaltung bewährter Richtlinien (gesetzlicher und auch anderer bewährter Richtlinien zB: von professionellen Organisationen)	<input type="radio"/>				
Parteilichkeit (Interessen und Anliegen der Ratsuchenden gegenüber Dritten werden vertreten, sofern diese ethisch, fachlich und rechtlich vertretbar sind.)	<input type="radio"/>				
Akzeptierende Haltung (Jeder Mensch wird wertschätzend in seiner Gesamtheit angenommen und als mündiges, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähiges Individuum angesehen.)	<input type="radio"/>				
Empathie	<input type="radio"/>				
Hilfe zur Selbsthilfe	<input type="radio"/>				
Einhaltung ethischer Richtlinien	<input type="radio"/>				
Systemische Perspektive (Der Mensch wird im Beziehungsgefüge seines Umfeldes betrachtet.)	<input type="radio"/>				
Lösungsorientierung	<input type="radio"/>				
Pragmatische Haltung (Ziele, Methoden und Maßnahmen orientieren sich an real existierenden Problemen und Systemen der KlientInnen.)	<input type="radio"/>				
Verantwortungsvoller Umgang mit den eigenen Grenzen (des Anbieters)	<input type="radio"/>				
Fall-Intervision	<input type="radio"/>				

Weiter



1. Beurteilen Sie bitte folgende Prinzipien von Online-Interventionsmaßnahmen in Bezug auf die Bedeutsamkeit für die Online-Intervention. Beachten Sie, dass es sich um Kriterien handelt, die speziell für die Online-Interventionen gelten.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
Kontaktdaten der KlientIn aufnehmen (Ist es wichtig die Kontaktdaten der KlientIn aufzunehmen?)	<input type="radio"/>				
Datenschutz gewährleisten	<input type="radio"/>				
Technische Sicherheit bei der Datenübertragung (Verschlüsselung von E-Mails, ...)	<input type="radio"/>				
Verbindlichkeit gegenüber der KlientIn/verantwortungsvolle Behandlung	<input type="radio"/>				
Anonymität des Klienten wahren	<input type="radio"/>				
Informiertes Einverständnis des Klienten (Klienten sollen darüber informiert werden, dass persönliche Daten gesammelt werden können und selbst darüber entscheiden, ob sie dem zustimmen oder nicht.)	<input type="radio"/>				
Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen (in Bezug auf Online-Intervention)	<input type="radio"/>				
Medienwahl – E-Mail, Chat, Foren, Telefon ... (Ist es wichtig, welches Medium der Anbieter zur Intervention wählt?)	<input type="radio"/>				
Bevollmächtigung der Eltern bei Minderjährigen einholen	<input type="radio"/>				
Hinweise zur Kontraindikation der internetbasierten Intervention	<input type="radio"/>				
Aufzeichnungen führen (Speicherung von Mails, ...)	<input type="radio"/>				
Evaluation (angemessene Einschätzung der KlientIn bevor ein Online-Betreuungsangebot getätigt wird)	<input type="radio"/>				
Niederschwelligkeit (zB: Öffnungszeiten spielen keine Rolle, Zugang ist ohne großen Zeitaufwand von jedem Ort aus möglich, innere Hemmschwelle sinkt, ...)	<input type="radio"/>				
Lebensweltorientierung (Online-Intervention erreicht die Zielgruppe in ihrer unmittelbaren Lebensumwelt. Die Art und die Methode der Angebote orientieren sich an der Lebbarkeit im unmittelbaren Lebensumfeld der Ratsuchenden.)	<input type="radio"/>				
Internetspezifische Ethik (Bewusstsein darüber, dass im Internet ethisch und juristisch relevante Grenzüberschreitungen stattfinden können. Deshalb besondere Achtsamkeit auf eine Kultur der Netzkommunikation, die berufsethischen Standards entspricht und die gesetzlichen Bestimmungen befolgt.)	<input type="radio"/>				
Bewusstsein über die Konsequenzen des Schriftverkehrs (Ratsuchende können die Antwort auf ihre Anfrage nach Belieben veröffentlichen bzw. zweckfremden ohne dass die AnbieterIn Einfluss darauf hat.)	<input type="radio"/>				

1. Beurteilen Sie bitte folgende Kriterien zu den Rahmenbedingungen/ zum Organisatorischen in Bezug auf ihre Bedeutsamkeit für die Online-Intervention.

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
Kontaktdaten der KlientIn aufnehmen (Ist es wichtig die Kontaktdaten der KlientIn aufzunehmen?)	<input type="radio"/>				
Hinweise zur Kontraindikation	<input type="radio"/>				
Kostentransparenz (Aufschlüsselung der Kosten, Information darüber, was kostenpflichtig ist und was nicht)	<input type="radio"/>				
Information, wo Beschwerden platziert werden können (Bei Unzufriedenheit über die Therapie oder den Therapeuten)	<input type="radio"/>				
Verweis auf Alternativen (f2f-Möglichkeiten in der Region)/Komplementarität	<input type="radio"/>				
Transparenz des Angebots	<input type="radio"/>				
Hinweise auf die Wirkungsweise der Online-Kommunikation (Grenzen, Gefahren, Schwierigkeiten, Vorteile ...)	<input type="radio"/>				
Notfallnummer/-adresse verteilen	<input type="radio"/>				

2. Gibt es noch Kriterien, die nicht abgefragt wurden?

Ja. Welche?

Nein

Weiter

57% ausgefüllt



1. Sollte aus Ihrer Sicht die Einhaltung von Qualitätskriterien bei Online-Interventionen kontrolliert werden?

Ja. Von wem?

Nein

2. Sollte es aus Ihrer Sicht Sanktionen geben, falls Kriterien von Online-Intervention nicht eingehalten werden?

Ja. Welche?

Nein

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at

62% ausgefüllt



1. Wird Ihre derzeitige therapeutische Arbeit kontrolliert?

Ja

Nein

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at

Symptomatiken, die das Aufsuchen einer Online-Intervention wahrscheinlicher machen

Im Folgenden wird es darum gehen, aufgrund Ihrer Erfahrung, die Sie als ProfessionalistIn bereits gesammelt haben, Symptome danach einzustufen, ob sie die Wahrscheinlichkeit eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen, erhöhen oder nicht.

Falls Sie keine Online-Intervention anbieten, denken Sie bitte an Menschen mit denen sie schon gearbeitet haben, die diese Symptomatik aufgewiesen haben. Wäre es für diese sinnvoll gewesen eine Online-Intervention zusätzlich oder statt einer Face-to-Face-Therapie anzubieten? Bitte bedenken Sie dabei auch die Charakteristika von Online-Interventionen wie zum Beispiel die Möglichkeit anonym zu bleiben, oder nicht außer Haus gehen zu müssen, ...

Weiter

1. Im Folgenden wird es um Stimmungen, Gedanken und Zwänge gehen.

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?

	ja	eher ja	eher nein	nein	weiß nicht
die eine depressive Symptomatik aufweisen	<input type="radio"/>				
die eine Veränderung in Stimmung und Aktivität zeigen	<input type="radio"/>				
deren Stimmung gedrückt ist	<input type="radio"/>				
die unter Interessensverlust und/oder Freudlosigkeit leiden	<input type="radio"/>				
deren Antrieb vermindert ist oder eine erhöhte Ermüdbarkeit zeigen	<input type="radio"/>				
die eine quälende innere Anspannung aufweisen	<input type="radio"/>				
deren Gefühle abgestumpft sind	<input type="radio"/>				
die sich emotional zurückziehen	<input type="radio"/>				
die unter Anhedonie leiden	<input type="radio"/>				
die tiefe Verzweiflung verspüren	<input type="radio"/>				
die einen Interessensverlust oder Verlust an Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten verspüren	<input type="radio"/>				
die Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld haben	<input type="radio"/>				
die ein histrionisches Verhalten zeigen	<input type="radio"/>				
die ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen haben	<input type="radio"/>				
die Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit verspüren	<input type="radio"/>				
die sich gequält fühlen	<input type="radio"/>				
die reizbar sind	<input type="radio"/>				
die aggressiv sind	<input type="radio"/>				
die Nachhallerinnerungen und/oder flashbacks haben oder ein Ereignis in Träumen oder Gedanken wieder inszenieren mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit	<input type="radio"/>				
die unter hypochondrischer Grübelei leiden	<input type="radio"/>				
die negative und pessimistische Zukunftsperspektiven haben	<input type="radio"/>				
die Suizidgedanken haben oder sich selbst verletzt haben oder Suizidhandlungen gemacht haben	<input type="radio"/>				
deren früher vorhandene phobische oder zwanghafte Symptome sich verstärkt haben	<input type="radio"/>				
die eine allgemeine Störung der Persönlichkeit haben	<input type="radio"/>				
die eine dauernde Persönlichkeitsveränderung oder Merkmale einer Persönlichkeitsstörung aufweisen	<input type="radio"/>				
die wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder –rituale haben, die für den Betroffenen quälend und störend sind	<input type="radio"/>				
die Widerstand gegen diese Gedanken/Handlungen aufbringen	<input type="radio"/>				
die unter zwanghaften Symptome leiden	<input type="radio"/>				

Weiter



1. Im Folgenden wird es um Ängste gehen. Bitte beantworten Sie auch hier jede Frage aufgrund der Erfahrungen, die Sie haben.

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?

	ja	eher ja	eher nein	nein	weiß nicht
die Angst haben, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panik reichen kann	<input type="radio"/>				
die Angst vor öffentlichen Plätzen haben	<input type="radio"/>				
die Angst vor Menschenmengen haben	<input type="radio"/>				
die Angst haben, sich nicht sofort und leicht an einen sicheren Platz zurückziehen zu können	<input type="radio"/>				
die Angst haben, das eigene Haus zu verlassen	<input type="radio"/>				
die Angst haben ein Geschäft zu betreten	<input type="radio"/>				
die Angst haben, sich in einer Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben	<input type="radio"/>				
die Angst haben, alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen	<input type="radio"/>				
die Angst vor dem Sterben haben	<input type="radio"/>				
die Angst vor Kontrollverlust haben	<input type="radio"/>				
die Angst vor dem Gefühl haben, wahnsinnig zu werden	<input type="radio"/>				
die Angst haben, zu dick zu werden	<input type="radio"/>				
die Panik bei dem Gedanken zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben bekommen	<input type="radio"/>				
die Situationen vermeiden in denen sie Angst haben	<input type="radio"/>				
die Erwartungsangst bei der Vorstellung bekommen, dass eine angsterzeugende Situation eintreten könnte	<input type="radio"/>				
die Angst vor Krankheiten, möglichem Infektions- oder Vergiftungsrisiko, ärztlichen Handlungen oder medizinischen Institutionen haben	<input type="radio"/>				
die unter Panikattacken leiden	<input type="radio"/>				
die vegetative Angstsymptome aufweisen	<input type="radio"/>				
die Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an ein Trauma erinnern haben	<input type="radio"/>				
die Aktivitäten und Situationen vermeiden, die Erinnerungen an ein Trauma wachrufen könnten	<input type="radio"/>				

Weiter



1. Physische Beeinträchtigungen oder Schlafstörungen können Menschen einschränken. Bitte versuchen Sie auch hier jedes Symptom aufgrund Ihrer Erfahrung daraufhin zu bewerten, ob es die Wahrscheinlichkeit eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen erhöht oder nicht. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?

	ja	eher ja	eher nein	nein	weiß nicht
die unter Aktivitätseinschränkung leiden	<input type="radio"/>				
die Herzklopfen bekommen	<input type="radio"/>				
die unter Schwächegefühl leiden	<input type="radio"/>				
die Müdigkeit schon nach kleinen Anstrengungen verspüren	<input type="radio"/>				
deren Konzentration und Aufmerksamkeit vermindert ist	<input type="radio"/>				
die eine motorische Unruhe aufweisen	<input type="radio"/>				
die eine vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und übermäßiger Schreckhaftigkeit haben	<input type="radio"/>				
die unter Amenorrhoe (endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonade-Achse) leiden (nur Frauen)	<input type="radio"/>				
die unter Libido- und/oder Potenzverlust leiden	<input type="radio"/>				
die einen erhöhten Wachstumshormon- und Kortisolspiegel haben	<input type="radio"/>				
die eine Veränderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion haben	<input type="radio"/>				
deren pubertäre Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt sind	<input type="radio"/>				
die unter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit leiden	<input type="radio"/>				
die unter Schlafstörungen leiden	<input type="radio"/>				
die unter Schlaflosigkeit leiden	<input type="radio"/>				
die frühmorgendlich erwachen (zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)	<input type="radio"/>				
die unter Morgentiefs leiden	<input type="radio"/>				

1. Nun wird es um die Beeinträchtigung des sozialen Umfelds gehen.

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?

	ja	eher ja	eher nein	nein	weiß nicht
die Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen zeigen	<input type="radio"/>				
die ihrer Umgebung gegenüber Teilnahmslosigkeit zeigen	<input type="radio"/>				
die mangelnde Fähigkeit haben, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren	<input type="radio"/>				
die Schwierigkeiten haben, ihre normale Berufstätigkeit oder ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen	<input type="radio"/>				

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at


1. Im Folgenden wird es um das Thema Essen gehen.

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass sich bei Menschen, [...] die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie eine Online-Intervention in Anspruch nehmen?

	ja	eher ja	eher nein	weiß nicht
die unter Essattacken oder Heißhungerattacken leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die sich übertrieben mit der Kontrolle ihres Körpergewichts beschäftigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die sich andauernd mit Essen beschäftigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Erbrechen selbst herbeiführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Abführmitteln missbrauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die zeitweilige Hungerperioden machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika gebrauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die ein zu geringes Körpergewicht haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die hochkalorische Speisen vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die übertriebene körperliche Aktivitäten oder exzessive Sportbetätigung machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Gewichtsverlust selbst herbeiführen oder aufrechterhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die eine eingeschränkte Nahrungsauswahl haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die ihre Körperbeschaffenheit ändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die deutlichen Appetitverlust zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Drogen einnehmen (z. B. übermäßiger Alkoholkonsum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

1. Haben Sie noch Anregungen für uns? Hier ist der Platz dafür:

Weiter

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at

Danke für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Nach Abschluss der Umfrage werden wir Ihnen die Ergebnisse zusenden.

Herzlichen Dank!

Manuela Auer und Christine Brunner

Wien, November 2010

Manuela Auer, a0601767@unet.univie.ac.at Christine Brunner, a0401984@unet.univie.ac.at

8.2 Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte

Die Tabelle wurde von unvollständigen Daten bereinigt, außer wenn die durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte nicht angegeben wurde. Ebenso wurden die Angaben gelöscht, die bei jeder Frage 0 angaben. Unlogische Antworten wurden markiert.

Minimale Anzahl online stattfindender Kontakte	Maximale Anzahl online stattfindender Kontakte	Durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte
0	5	2
1	4	2
1	4	
1	3	
1	3	
1	2	1
1	10	1
1	10	1
1	3	
1	3	100
1	10	3
1	5	1
1	25	2
1	5	2
1	3	4
1	70	10
1	400	10
1	20	10
1	10	1
1	25	3
1	10	
2	38	25
2	15	3
2	6	
2	15	5
2	10	3
2	10	10
3	15	5
3	10	5
3	5	3
3	150	25
3	25	5
3	20	8
5	10	2
10	100	20
20	40	

Tabelle 22: Minimale, maximale und durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte

8.3 Minimaler, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention

Die folgende Tabelle zeigt die genauen Angaben der jeweiligen Befragungsteilnehmer über den minimalen, maximalen und durchschnittlichen Anteil online stattfindender Kontakte. Die Tabelle wurde von unvollständigen Daten bereinigt, außer wenn die durchschnittliche Anzahl online stattfindender Kontakte nicht angegeben wurde. Ebenso wurden die Angaben gelöscht, die bei jeder Frage 0 angaben. Unlogische Antworten wurden markiert.

Minimum des online stattfindenden Anteils einer Intervention	Maximum des online stattfindenden Anteils einer Intervention	Anteil der durchschnittlich online stattfindenden Intervention
0	15	7
0	5	3
0	5	2
0	20	5
0	5	2,5
0	0	1
0	100	0-5
0	20	5
0	5	0,5
0	100	100
0	20	10
0	10	3
1	15	5
1	20	3
1	30	5
1	5	
2	50	30
2	10	5
2	4	2
2	10	5
5	25	10
5	30	12
5	10	20
5	10	5
10	40	20
10	30	20
10	90	25
10	100	15
10	100	30
20	40	25
40	100	5
>5	>10	3

Tabelle 23: Minimaler, maximal und durchschnittlich online stattfindender Anteil einer Intervention

8.4 Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen

	Sehr häufig		Häufig		Selten		Nie		Weiß nicht		fehlend	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	1,4	4	5,5	8	11	36	49,3			24	32,9
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2	2,7	1	1,4	7	9,6	37	50,7	1	1,4	25	34,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen			1	1,4	7	9,6	40	54,8			25	34,2
Affektive Störungen	5	6,8	4	5,5	16	21,9	25	34,2			23	31,5
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	5	6,8	6	8,2	17	23,3	22	30,1			23	31,5
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (PTBS)	4	5,5	7	9,6	12	16,4	26	35,6	1	1,4	23	31,5
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren			3	4,1	9	12,3	32	43,8	2	2,7	27	37
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1	1,4	7	9,6	12	16,4	30	41,1			23	31,5
Intelligenzminderung					2	2,7	43	58,9	1	1,4	27	37
Entwicklungsstörungen			2	2,7	4	5,5	40	54,8			27	37
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	1,4	3	4,1	5	6,8	38	52,1	1	1,4	25	34,2
Demenz	1	1,4			1	1,4	43	58,9			28	38,4
Depression	5	6,8	4	5,5	14	19,2	21	28,8	1	1,4	28	38,4
Phobische Störungen	3	4,1	2	2,7	10	13,7	31	42,5	1	1,4	26	35,6
Andere Angststörungen	3	4,1	5	6,8	14	19,2	27	37			24	32,9
Zwangsstörungen	2	2,7	2	2,7	7	9,6	36	49,3			26	35,6
Essstörungen	5	6,8	3	4,1	11	15,1	28	38,4			26	35,6
Nichtorganische Schlafstörungen			4	5,5	3	4,1	35	47,9	2	2,7	29	39,7

Tabelle 24: Bereits behandelte Störungsbilder durch Online-Interventionen

8.5 Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptome

	Nein	Eher Nein	Eher Ja	Ja	Weiß nicht	Mittelwert	Standardabweichung
die Angst haben, das eigene Haus zu verlassen	1	4	14	18	13	3,32	0,78
die Angst haben, sich in einer Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben	1	4	19	13	13	3,19	0,74
die Angst haben ein Geschäft zu betreten	2	6	15	13	14	3,08	0,87
die Angst haben, sich nicht sofort und leicht an einen sicheren Platz zurückziehen zu können	1	6	19	10	14	3,06	0,75
die Angst haben, alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeigen zu reisen	1	5	22	8	14	3,03	0,7
die Angst vor Menschenmengen haben	2	8	18	10	12	2,95	0,84
die unter Panikattacken leiden	4	6	17	11	12	2,92	0,94
die Angst haben, die von leichtem Unbehagen bis hin zu Panik reichen kann	2	8	20	8	12	2,89	0,8
die Erwartungsangst bei der Vorstellung bekommen, dass eine angsterzeugende Situation eintreten könnte	2	11	12	11	14	2,89	0,92
die Schwierigkeiten haben, ihre normale Berufstätigkeit oder ihre sozialen Aktivitäten fortzusetzen	4	6	21	9	10	2,88	0,88
die unter Aktivitätseinschränkung leiden	3	6	22	7	12	2,87	0,81
die Panik bei dem Gedanken zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben bekommen	3	9	17	9	12	2,84	0,89
die Angst vor öffentlichen Plätzen haben	3	10	14	10	13	2,84	0,93
die Situationen vermeiden in denen sie Angst haben	3	12	11	11	13	2,81	0,97
die ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen haben	4	11	20	8	7	2,74	0,88
die vegetative Angstsymptome aufweisen	3	11	16	7	13	2,73	0,87
die tiefe Verzweiflung verspüren	7	5	20	8	10	2,73	0,99
die Suizidgedanken haben oder sich selbst verletzt haben oder Suizidhandlungen gemacht haben	7	7	18	9	9	2,71	1,01
die eine quälende innere Anspannung aufweisen	5	11	15	9	10	2,7	0,97
die unter Schlafstörungen leiden	5	10	17	8	10	2,7	0,94
die Angst vor Kontrollverlust haben	4	10	18	3	12	2,68	0,87
die Angst vor dem Sterben haben	3	13	15	7	12	2,68	0,87
die Angst vor dem Gefühl haben, wahnsinnig zu werden	4	10	17	6	13	2,68	0,88
deren früher vorhandene phobische oder zwanghafte Symptome sich verstärkt haben	7	9	13	10	11	2,67	1,06
die sich gequält fühlen	7	8	19	8	8	2,67	0,98
die eine depressive Symptomatik aufweisen	2	15	19	5	9	2,66	0,76
die Angst vor Krankheiten, möglichem Infektions- oder Vergiftungsrisiko, ärztlichen Handlungen oder medizinischen Institutionen haben	6	9	15	8	12	2,66	0,99
die unter hypochondrischer Grübeleien leiden	8	7	18	8	9	2,63	1,02
die Müdigkeit schon nach kleinen Anstrengungen verspüren	4	9	18	4	15	2,63	0,84
die unter Essattacken oder Heißhungerattacken leiden	7	9	9	10	15	2,63	1,11

die Aktivitäten und Situationen vermeiden, die Erinnerungen an ein Trauma wachrufen könnten	6	10	12	8	14	2,61	1,02
die negative und pessimistische Zukunftsperspektiven haben	6	11	17	7	9	2,61	0,95
deren Stimmung gedrückt ist	3	15	17	5	10	2,6	0,81
die unter Schlaflosigkeit leiden	6	11	15	7	11	2,59	0,97
die Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld haben	6	11	17	6	10	2,58	0,93
die sich übertrieben mit der Kontrolle ihres Körpergewichts beschäftigen	8	9	10	9	14	2,56	1,11
die eine vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und übermäßiger Schreckhaftigkeit haben	4	14	11	6	15	2,54	0,92
die unter Libido- und/oder Potenzverlust leiden	6	12	15	6	11	2,54	0,94
die einen Interessensverlust oder Verlust an Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten verspüren	2	18	15	4	11	2,54	0,76
die Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an ein Trauma erinnern haben	6	12	11	7	14	2,53	1
die Herzklopfen bekommen	3	15	14	4	14	2,53	0,81
die unter Schwächegefühl leiden	3	14	15	3	15	2,51	0,78
die sich emotional zurückziehen	6	12	18	4	10	2,5	0,88
die Angst haben, zu dick zu werden	7	12	12	7	12	2,5	1,01
die sich andauernd mit Essen beschäftigen	7	13	8	8	14	2,47	1,06
die Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit verspüren	7	14	14	6	9	2,46	0,95
die unter Interessensverlust und/oder Freudlosigkeit leiden	4	17	13	4	12	2,45	0,83
die eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln haben	8	9	11	6	16	2,44	1,05
die eine Veränderung in Stimmung und Aktivität zeigen	6	15	13	5	11	2,44	0,91
die ihre Körperbeschaffenheit ändern	9	6	13	5	17	2,42	1,06
die frühmorgendlich erwachen (zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)	4	17	11	4	14	2,42	0,84
die Erbrechen selbst herbeiführen	11	6	10	7	16	2,38	1,16
deren Konzentration und Aufmerksamkeit vermindert ist	6	15	9	5	15	2,37	0,94
die eine motorische Unruhe aufweisen	6	16	9	5	14	2,36	0,93
deren Antrieb vermindert ist oder eine erhöhte Ermüdbarkeit zeigen	6	17	12	4	11	2,36	0,87
die unter zwanghaften Symptome leiden	7	16	11	5	11	2,36	0,93
die eine allgemeine Störung der Persönlichkeit haben	9	14	11	6	10	2,35	1
die Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika gebrauchen	9	9	8	6	18	2,34	1,1
die unter Morgentiefs leiden	5	16	10	3	16	2,32	0,84
die eine dauernde Persönlichkeitsveränderung oder Merkmale einer Persönlichkeitsstörung aufweisen	9	20	6	1	14	2,3	1,02
die ein histrionisches Verhalten zeigen	13	10	11	7	9	2,29	1,1
die übertriebene körperliche Aktivitäten oder exzessive Sportbetätigung machen	11	9	6	7	17	2,27	1,15
die zeitweilige Hungerperioden machen	10	9	9	5	17	2,27	1,07
die ein zu geringes Körpergewicht haben	11	9	10	5	15	2,26	1,07
die Drogen einnehmen (z.B. übermäßiger Alkoholkonsum)	10	11	9	5	15	2,26	1,04

die Nachhallerinnerungen und/oder flashbacks haben oder ein Ereignis in Träumen oder Gedanken wieder inszenieren mit einem andauernden Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit	11	14	9	6	10	2,25	1,03
die reizbar sind	10	16	10	5	9	2,24	0,97
die Widerstand gegen diese Gedanken/Handlungen aufbringen	9	12	14	2	13	2,24	0,89
die hochkalorische Speisen vermeiden	11	9	7	6	17	2,24	1,12
die eine eingeschränkte Nahrungsauswahl haben	10	12	6	6	16	2,24	1,07
die wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder -rituale haben, die für den Betroffenen quälend und störend sind	11	12	12	4	11	2,23	0,99
deren Gefühle abgestumpft sind	6	22	9	3	10	2,23	0,8
die aggressiv sind	9	18	10	4	9	2,22	0,91
die Gewichtsverlust selbst herbeiführen oder aufrechterhalten	10	11	7	5	17	2,21	1,05
die eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen	10	12	7	5	16	2,21	1,04
die unter Anhedonie leiden	6	17	11	1	15	2,2	0,76
die mangelnde Fähigkeit haben, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren	6	21	7	3	13	2,19	0,81
die unter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit leiden	6	16	8	2	18	2,19	0,82
die deutlichen Appetitverlust zeigen	12	8	10	4	16	2,18	1,06
die Abführmitteln missbrauchen	13	8	8	5	16	2,15	1,1
deren pubertäre Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt sind	10	14	9	2	15	2,09	0,89
die unter Amenorrhoe (endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonade-Achse) leiden (nur Frauen)	9	16	5	3	17	2,06	0,9
die eine Veränderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion haben	9	14	3	3	21	2	0,93
die Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen zeigen	9	20	7	1	13	2	0,75
die ihrer Umgebung gegenüber Teilnahmslosigkeit zeigen	9	20	6	1	14	1,97	0,74
die einen erhöhten Wachstumshormon- und Kortisolspiegel haben	10	15	4	2	19	1,94	0,85

Tabelle 25: Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptome

8.6 Abstract

8.6.1 Deutsche Version

Online-Interventionen können durch den Einsatz von synchronen und asynchronen Kommunikationsmedien über das Internet oder Telefon angeboten werden. Durch die Verwendung unterschiedlicher Kommunikationsmedien entstehen unterschiedliche Angebote und Charakteristika von Online-Interventionen. Diese können selbstständig oder ergänzend zum Face-to-Face-Setting durchgeführt werden, sie können sich über einen kurzen oder langen Zeitraum erstrecken.

Durch die Zielgruppen von Online-Interventionen wird deutlich, wer damit erreicht werden soll, aber nicht welche Personen mit welchen Störungsbildern dafür geeignet sind.

Durch eine Online-Fragebogenuntersuchung mit Therapeuten und Psychologen wurde geklärt, wie die Situation der Online-Interventionen in Österreich aussieht. Auch der Frage, welche Störungsbilder für Online-Interventionen geeignet sind, wurde nachgegangen.

Es zeigte sich, dass in Österreich die vielfältigen Variationen von Online-Interventionen angeboten werden. Am meisten wird via E-Mail, Telefon oder SMS kommuniziert. Größtenteils finden Online-Interventionen ergänzend zum Face-to-Face-Setting statt, selbstständige Online-Interventionen werden eher selten durchgeführt. Auf der Seite der Professionalisten finden sich sehr viele unterschiedliche Therapierichtungen. Richtungen, die nicht vertreten sind fehlen die technischen Voraussetzungen oder Möglichkeiten um eine Online-Intervention über Internet oder Telefon durchzuführen. Die Zielgruppen die aus der Literatur definiert wurden konnten nur teilweise bestätigt werden. Einschränkungen in der Mobilität und unverbindliche Kontaktaufnahme werden als sinnvollste Gründe angesehen, eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

Die Wirksamkeit von Online-Interventionen konnte durch etliche Studien bestätigt werden.

Symptome, die einen Leidensdruck erzeugen, sowie aktivitätseinschränkende Symptome wie vor allem Angst, sind wichtige Faktoren um eine Online-Intervention in Anspruch zu nehmen.

Vor allem Angststörungen, aber auch Depression konnten als Störungen identifiziert werden, die für Online-Interventionen geeignet sind. Durch deren Komorbidität konnte auf etliche andere Störungsbilder geschlossen werden.

8.6.2 English Version

Due to the use of synchronous and asynchronous communication technologies, online-interventions can be offered via internet or telephone.

The usage of this two very different communication-technologies, different characteristics and offers arise. These online-interventions can extend the face-to-Face-Setting or also can be used as a standalone method. The duration of a online-intervention differ from short to long term.

The target group of online intervention techniques is clear, but not which dysfunctions can be cured.

With the use of an online-questionnaire which was sent to therapeutics and psychologists, the situation of the online-intervention in Austria was determined. Also the question, which dysfunctions are suitable for online-intervention techniques was an issue of this thesis.

The evaluation of the online questionnaire showed, that in Austria different variations of online-intervention are offered. The communication mediums of choice are E-mail, telephony and short messages via handy.

Most of the time, online-interventions are used as an extension to face-to-face-settings and only a few number of psychologists or therapists offer them without face-to-face-intervention.

Different therapy-methods are represented in the online-questionnaire. Of course, not all psychologists and therapists are able to use online-intervention. Mainly all therapy methods which requires intense physical supervision, can't be offered via internet or telephone.

The results of the online-questionnaire also showed, that not all audiences of online-interventions are covered which are listed by the literature. The main reasons for using online-intervention are reduced mobility and the non-binding contacting.

The effectivity of online-intervention was proven by different studies.

Symptoms which create psychological strain and symptoms which causes a reduced activity, like fear, are reasons why people start an online-intervention. Mainly fear-dysfunction and also depressions are dysfunctions which are most suitable for online-intervention. By their co-morbidity it was possible to figure other dysfunctions out.

8.7 Lebenslauf

Name: Christine Brunner
Adresse: Wiesengrund 9, 2130 Lanzendorf
Geb.datum/-ort: 22. Oktober 1986, Mistelbach
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich

Aus- und Weiterbildung

Seit 10/2004 Diplomstudium **Psychologie** an der Universität Wien
Seit 10/2004 Diplomstudium **Pädagogik** an der Universität Wien
2000 – 2004 Bundesoberrealgymnasium Mistelbach mit musikischem Schwerpunkt
1996 – 2000 Hauptschule II Mistelbach
1992 – 1996 Volksschule II Mistelbach

Berufserfahrung und Praktika

09/2010 Praktikum am AKH Wien, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
10/2009 – 05/2010 Wissenschaftliches Praktikum bei Univ. Doz. Dr. Thomas Stephenson
seit 09/2008 Geringfügige Angestellte bei EJ-Lighting and Stage Design
seit 09/2009 Mitarbeiterin des TAPRO-Projekts der Universität Wien

- 08/2009 – 09/2009 Praktikum bei „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“
- 08/2008 Betreuerin für die Wiener Jugenderholung in Neustift bei Scheibbs
- 07/2008 Betreuerin an KinderuniWien2008
- 2002 - 2006 Ferialpraktikantin in der Stadtbibliothek Mistelbach und dem Weinviertler Infocenter bei der Stadtgemeinde Mistelbach