

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg
M. Stasch, Heidelberg
P. Laszig, Heidelberg



Annika Gieselmann · Max Böckermann · Reinhard Pietrowsky

Abteilung Klinische Psychologie, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

Internetbasierte Gesundheitsinterventionen

Evaluation aus der Perspektive von Patienten vor und während ambulanter Psychotherapie

Im letzten Jahrzehnt wurde eine Vielzahl wirksamer internetbasierter Gesundheitsinterventionen entwickelt. Während diese in Ländern wie den Niederlanden, Australien oder Nordamerika bereits einen Platz in der Regelversorgung eingenommen haben und die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden, werden Anwendungsgebiete in Deutschland kontrovers diskutiert. Zur Evaluation der Möglichkeiten und Grenzen internetbasierter Gesundheitsinterventionen ist es wichtig, die Einstellungen von Psychotherapiepatienten und Interessenten für Psychotherapie zu kennen.

Hintergrund

Die bisherige Forschung zur Wirksamkeit internetbasierter Gesundheitsinterventionen erscheint vielversprechend (Arnberg et al. 2014; Eichenberg und Brähler 2013; Eichenberg und Kienzle 2013). Die Interventionen können mit oder ohne menschlichen Kontakt stattfinden, textbasiert oder als Audio- oder Videokonferenz angeboten werden. Auch kann die Interaktion synchron, z. B. via Chat, oder asynchron, z. B. via E-Mail oder in passwortgeschützten Plattformen, stattfinden. Dies macht sie unabhängig von örtlichen und, bei asynchroner Durchführung, zeitlichen Gegebenheiten (Suler 2000). Die Frage, ob sich Personen für eine internetbasierte Behandlung entscheiden und diese absolvieren, wird u. a. durch individuelle Merkmale potenzieller Nutzer beantwortet. Ritterband et al. (2009) haben im Rahmen ihres „model of internet interventions“ relevante Nutzercharakteristi-

ka konkretisiert. Hiernach beeinflussen folgende Faktoren die Zufriedenheit mit und die Wirksamkeit der Intervention:

- Diagnose und Ausmaß der Störung,
- demografische Einflüsse,
- Personenmerkmale, wie z. B. Intelligenz,
- kognitive Faktoren, wie z. B. Selbstregulationsfähigkeiten,
- Einstellungen, Meinungen und Erwartungen an die Behandlung,
- physiologische Faktoren und
- Fertigkeiten, wie z. B. die Fähigkeit im Umgang mit dem Computer.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, Einstellungen und Meinungen von potenziellen Nutzern in Deutschland zu internetbasierten Behandlungen zu erfassen. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Entwicklung stärker auf deren Bedürfnisse ausgerichteter Interventionen voranzutreiben.

In vorherigen Untersuchungen berichteten 75 % der Besucher der Internetseite einer australischen Traumaklinik, dass sie wegen ihrer Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung eine internetbasierte Intervention in Anspruch nehmen würden (Spence et al. 2011). Bei der Interpretation ist die Art der Stichprobengewinnung zu berücksichtigen, jedoch schienen die Ergebnisse mit jenen einer deutschen Stichprobe vergleichbar zu sein. Hier konnten sich 76 % der Nutzer von Internetforen zu psychologischen Themen eine Teilnahme vorstellen (Kral und Traummüller 2008). In einer 2010 erhobenen, repräsentativen Stichprobe aus der deutschen Gesamtbevölkerung konnten sich jedoch lediglich 26 % der Teilneh-

mer vorstellen, entsprechende Angebote zu nutzen (Eichenberg und Brähler 2013). In der Population der Internetnutzer war der Anteil ebenfalls verhältnismäßig gering und betrug 44 %. Die Einstellung gegenüber internetbasierten Interventionen war um so positiver, je besser die Ausbildung der Befragten war, je jünger sie waren, je höher ihr Haushaltseinkommen war und je häufiger sie das Internet allgemein nutzen. Auch ein lediger Familienstand war ein Prädiktor für eine positive Einstellung. Ein Ergebnis der Umfrage war jedoch auch, dass die Akzeptanz herkömmlicher Interventionen mit 53 % immer noch wesentlich größer war als jene internetbasierter Interventionen (ebd.).

Internetsüchtige in den Vereinigten Staaten von Amerika erklärten nach einer Chat-Beratung, sie hätten insbesondere die Anonymität, den Komfort und den Zugang zu Therapeuten, die auf Internetsucht spezialisiert waren, als positiv empfunden. Gleichzeitig sorgten sie sich um ihre Privatsphäre sowie Sicherheit und befürchteten, während der Sitzungen durch nahestehende Personen entdeckt zu werden (Young 2005). Niederländische Rheuma- oder Psoriasispatienten nannten insbesondere eine Therapieerleichterung und eine größere Anonymität als Vorteile. Als Nachteile nannten sie, dass nicht jeder Patient über den Computer erreicht werden könne und dass kein persönlicher Kontakt mit dem Therapeuten stattfinde (Ferwerda et al. 2013). Deutsche berichteten, dass ihnen die Verschlüsselung der Datenübertragung und die Qualifikation der Therapeuten am wichtigsten sei (Kral und Traummüller 2008).

Da in Deutschland bisher wenig Erfahrung mit internetbasierten Interventionen besteht, wurde in der vorliegenden Studie erfragt, welche Einstellungen die Patienten und Personen, die sich für eine Psychotherapie interessierten, derzeit in Deutschland zu diesem Thema haben. Diese Population wurde ausgewählt, da sie sich eines psychischen Problems bewusst ist und aus diesem Grund Hilfe sucht. Sie wurde mit einer Kontrollstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, die sorgfältig in Bezug auf Alter, Familienstand, Bildungsgrad und der Internetnutzungsdauer „gematcht“ wurde (Auswahl der Kriterien nach den Befunden von Eichenberg und Brähler [2013]). Zusätzlich sollte eine Vergleichbarkeit in Bezug auf die Wichtigkeit bestehen, die das Internet für Probanden hatte.

Methode

Stichprobe

Es wurden 166 freiwillige Versuchspersonen für die Studie gewonnen. Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich 58 von ihnen in Psychotherapie, 54 befanden sich wegen des Verdachts auf eine affektive Störung oder Angststörung auf einer Warteliste für Psychotherapie, und 50 Kontrollpersonen ohne Psychotherapiewunsch befanden sich weder in Behandlung noch auf einer Warteliste. Drei Probanden, die bereits Erfahrungen mit internetbasierten Interventionen gemacht hatten, und eine minderjährige Teilnehmerin wurden ausgeschlossen. Die verbliebenen Versuchspersonen waren zwischen 18 und 63 Jahre alt [Mittelwert (M) = 37,60 Jahre, Standardabweichung (SD) $\pm 11,79$ Jahre]; es waren 99 Teilnehmer weiblich (61 %). Eine Person hatte keinen Schulabschluss, 7 % einen Hauptschulabschluss, 31 % Realschulabschluss, 35 % Abitur und 22 % einen Hochschulabschluss. (Sieben Angaben fehlten.) Von den Probanden waren 58 % ledig, 35 % hatten Kinder (M = 1,89 Kinder; SD $\pm 0,82$ Kinder). Gefragt nach der Wichtigkeit, die das Internet für sie hatte, antworteten sie auf einer 5-stufigen Skala mit M = 3,41 (SD $\pm 0,92$). In der Vergangenheit hatten sich 51 % der Gesamtstichpro-

be in psychotherapeutischer Behandlung befunden. (Sechs Angaben fehlten.)

Durchführung

Die Studie trug den Titel „Einstellungen gegenüber internetbasierten Gesundheitsinterventionen“. Die Fragebogen wurden als Papierversion in jeweils einer verhaltenstherapeutischen und einer tiefenpsychologischen ambulanten Praxis, im privaten Umfeld beteiligter Studierender sowie als html-Formular in Internetforen über psychische Störungen verbreitet. Die Datenerhebung erfolgte von April 2012 bis März 2013.

Zunächst erhielten die Teilnehmenden eine Definition internetbasierter Interventionen: „[Sie] umfasst sowohl Beratungs-offerten, Einzel- und Gruppenchats, Internetbrücken zur Nachversorgung, Selbsthilfeprogramme als auch die so genannte Internettherapie, bei der Therapeut und Patient textbasiert und zeitversetzt miteinander kommunizieren“ (Wagner und Maercker 2011, S. 33). Als Beispiel wurde ein Programm zur Behandlung von Albträumen (Böckermann et al. 2015) beschrieben und mithilfe von drei Screenshots vorgestellt.

Instrumente

Einstellungen allgemein

Zur Erfassung der allgemeinen Einstellung diente ein Item: „Könnten Sie sich grundsätzlich vorstellen, mit Ihren Sorgen, Problemen und Ängsten eine solche Behandlung einmal auszuprobieren?“. Zur Antwort diente eine 5-stufige Likert-Skala, Ankerpunkte 1 (nein, auf keinen Fall) und 5 (ja, auf jeden Fall).

Vor- und Nachteile

Die Vor- und Nachteile internetbasierter Interventionen wurden aus Bauer und Kordy (2008) entnommen. Die Probanden wurden gebeten, die Argumente, denen Sie zustimmten, zu kennzeichnen. Mehrfachnennungen waren möglich. Zur Auswertung wurden die Häufigkeiten der Zustimmung sowie die Anzahl insgesamt genannter Vor- bzw. Nachteile berechnet.

ICD-10-Symptombeschreibungen

Die Symptombeschreibungen wurden an das Kapitel F des Diagnoseklassifikationssystems Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; Dilling et al. 2011) angelehnt und als kurze Beschreibung der Leitsymptome der psychischen Störungen präsentiert. (Zum Beispiel dienten „gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Selbstwertgefühl, Depressivität“ zur Beschreibung von „F32.x: depressive Episode“.) Anschließend wurden die Versuchspersonen gebeten anzugeben, ob sie sich eine Behandlung des Störungsbilds vorstellen können, „unabhängig davon, ob Sie die beschriebenen Probleme bei sich kennen oder nicht“ (Angaben im Fragebogen fett gedruckt), Antwortmöglichkeiten: „Würde ich dem Therapeuten gerne persönlich gegenüber sitzen“, „Könnte ich mir das, wie im obigen Beispiel, über das Internet vorstellen“ und „weiß nicht“/keine Angabe. Zur Auswertung wurden die Häufigkeiten der Zustimmung zu den Störungsbildern und die Anzahl der Zustimmungen insgesamt herangezogen.

Symptombelastung

Zur Erfassung der aktuellen Belastung durch psychische Beschwerden wurde der globale Schwere-Index GSI der Symptom-Checkliste-27 (SCL-27; Hardt et al. 2006) angewendet. Hierbei handelte es sich um eine Kurzform der Symptom-Checklist SCL-90; Cronbachs $\alpha = 0,92$ für die vorliegende Stichprobe.

Ergebnisse

Gruppencharakteristika

Demografische Charakteristika der drei Gruppen sind in **Tab. 1** aufgeführt. Wie erwünscht, waren die Gruppen in Bezug auf die Faktoren Geschlecht, Bildungsgrad, Familienstand, Internetnutzungsdauer, Alter und die Internetwichtigkeit vergleichbar, alle $p > 0,11$ (nicht signifikant). Erwartungsgemäß waren Psychotherapiepatienten und Wartelistenkandidaten psychisch stärker belastet als die Kontrollgruppe; sie erzielten

A. Gieselmann · M. Böckermann · R. Pietrowsky

Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. Evaluation aus der Perspektive von Patienten vor und während ambulanter Psychotherapie

Zusammenfassung

Hintergrund. Internetbasierte Gesundheitsinterventionen stellen nur dann eine sinnvolle Ergänzung der Regelversorgung dar, wenn sie von den Patienten angenommen werden.

Ziel der Arbeit. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, Einstellungen und Meinungen potenzieller Nutzer zu internetbasierten Gesundheitsinterventionen in Deutschland zu erfassen. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Entwicklung stärker auf deren Bedürfnisse ausgerichteter Maßnahmen voranzutreiben.

Material und Methoden. Psychotherapiepatienten und Personen, die sich auf der Warteliste für eine ambulante Psychotherapie befanden, wurden befragt und ihre Einstellungen mit einer „gematchten“ Kontrollgruppe verglichen.

Ergebnisse. Im Vergleich zur Kontrollgruppe berichteten insbesondere die Befragten der

Warteliste über ein geringeres Interesse an internetbasierten Interventionen, und beide Patientengruppen nahmen weniger Vorteile wahr. Alle Gruppen schätzten die erhöhte Flexibilität, die mit internetbasierten Interventionen einhergeht. Jedoch sahen die beiden Patientengruppen in der größeren Anonymität und der gesenkten Hemmschwelle, Hilfe aufzusuchen, weniger einen Vorteil als die Kontrollgruppe. Hingegen sorgten sich die Patienten stärker um den Datenschutz sowie darum, dass das Geschriebene falsch interpretiert werden könnte. Beide Patientengruppen konnten sich eine Behandlung für weniger Störungsbilder vorstellen als die Kontrollgruppe. Insbesondere konnten sie sich die Behandlung von Panikstörung, posttraumatischer Belastungsstörung, Depressionen und generalisierter Angststörung am wenigsten vorstellen, obwohl hierzu relativ viele An-

gebote bestehen. Es scheint Interesse an Programmen zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen zu geben.

Schlussfolgerung. Zur Berücksichtigung der Vorbehalte bezüglich des Datenschutzes könnten Angebote durch Papier- und Bleistift-Registrierungen ergänzt werden. Auch durch ein deutliches Hervorheben, dass die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme zu einem Therapeuten besteht, sowie durch persönliche Kontakte von Angesicht zu Angesicht oder per Videokonferenz könnten internetbasierte Angebote stärker auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.

Schlüsselwörter

Telemedizin · Patientenzufriedenheit · Psychotherapie · Einstellungen · Wartelisten

Internet-based health interventions. Evaluation from the perspective of patients before and in outpatient psychotherapy

Abstract

Background. Internet-based health interventions can serve as a useful supplement to regular face-to-face therapy only if they are accepted by the clients.

Objective. This aim of the current study was to examine the attitudes and opinions of potential users on internet-based health interventions in Germany. This information could make a useful contribution to the development and promotion of measures which target their requirements.

Material and methods. To address this issue psychotherapy patients and persons on a waiting list for outpatient psychotherapy were interviewed about their attitudes towards internet-based interventions and compared with the results from a matched control group.

Results. Compared with the control group, waiting list candidates in particular declared a reduced interest in engaging in internet-based interventions and both patient groups perceived few advantages. All groups appreciated the enhanced flexibility associated with internet-based interventions, but both patient groups thought that the increased anonymity and reduced inhibition threshold for seeking treatment were less advantageous than the control group. Compared to the controls, both patient groups worried more about privacy issues and a possible misinterpretation of their written statements. Both patient groups considered internet-based psychotherapy as conceivable for the treatment of fewer kinds of psychopathological symptoms than the control group. Patients considered that internet-based treatment of panic disorder, posttrau-

matic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder was least imaginable although, to date, relatively many internet-based options are available for these disorders. There appears to be interest in the treatment of sexual dysfunctions through the internet.

Conclusion. To address the reservations concerning privacy protection, paper and pencil registration procedures could be provided. In addition, by clearly emphasizing that there is the possibility of establishing personal contact to a therapist either face to face or by video conference, internet-based services could also be more useful in satisfying patient needs.

Keywords

Telemedicine · Patient satisfaction · Psychotherapy · Attitudes · Waiting lists

höhere GSI-Werte in der SCL-27, $F(2, 150) = 10,09$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,11$.

Einstellungen gegenüber internetbasierten Interventionen

Von den Psychotherapiepatienten und Wartelistenkandidaten konnten sich 51 %

möglicherweise oder auf jeden Fall vorstellen, eine internetbasierte Intervention auszuprobieren. Über alle Vor- und Nachteile hinweg stimmten sie 36 % der genannten Vorteile und 45 % der genannten Nachteile zu. Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen in den Zustimmungswerten sind in **Tab. 2** auf-

geführt. Die 2-faktorielle multivariate Varianzanalyse (Behandlung: Kontrollgruppe vs. Psychotherapie vs. Warteliste) • (Vorbehandlung: ja vs. nein) zeigte einen Haupteffekt für den Faktor Behandlung, $F(6, 296) = 3,34$, $p = 0,003$, $\eta^2 = 0,06$. Effekte für den Vorbehandlungsstatus oder Interaktionseffekte ließen sich nicht fin-

Tab. 1 Gruppenunterschiede zwischen Personen ohne Psychotherapie (Kontrollgruppe), Psychotherapiepatienten und Wartelistenkandidaten

	Kontrollgruppe (n = 50)	Psychotherapie (n = 58)	Wartelisten- kandidaten (n = 54)				
Anzahl (n) der Teilnehmer	Häufigkeiten [n, (%)]			$\chi^2(2)$	<i>p</i>		
–Weiblich	31 (62%)	39 (67%)	29 (54%)	2,18	0,336		
–Mit Abitur	34 (68%)	31 (53%)	33 (62%)	2,45	0,294		
–Ledig	29 (59%)	29 (50%)	36 (67%)	3,22	0,200		
	Mittelwert (Standardabweichung)			<i>F</i> (2, 159)	<i>p</i>	η^2	Post hoc
Alter (Jahre)	36,32 (12,56)	38,10 (10,86)	38,26 (12,15)	0,43	0,652	0,005	
Internetge- brauch (h)							
–Privat	3,54 (1,71)	3,50 (1,64)	3,31 (1,77)	2,19	0,115	0,027	
–Beruflich	1,72 (1,75)	1,62 (1,81)	1,85 (1,91)	0,23	0,798	0,003	
Wichtigkeit des Internets	3,38 (0,75)	3,47 (0,84)	3,39 (1,12)	0,15	0,865	0,002	
GSI	1,71 (0,60)	2,19 (0,61)	2,12 (0,56)	10,09	<0,001	0,113	K < P = W

GSI Globaler Schwere-Index (der Symptom-Checkliste SCL-27). Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur.

K Kontrollgruppe, P Psychotherapiepatienten, W Wartelistenkandidaten.

Tab. 2 Einstellung gegenüber internetbasierter Psychotherapie als Funktion der Behandlungsgruppe

	Behandlung			<i>F</i> (2, 150)	<i>p</i>	η^2	Post hoc
	Kontroll- gruppe	Psycho- therapie	Wartelis- tenkandi- daten				
	Mittelwert (Standardabweichung)						
Einstellung, all- gemein	2,80 (0,97)	2,56 (1,29)	1,98 (1,16)	7,01	0,001	0,09	K = P > W
Anzahl (n) ge- nannter Vorteile	4,12 (1,56)	3,38 (1,46)	3,22 (1,38)	4,70	0,011	0,06	K > P = W
Anzahl (n) ge- nannter Nach- teile	5,22 (2,71)	5,40 (2,40)	5,59 (2,46)	0,40	0,671	0,005	

Einstellung allgemein: „Könnten Sie sich grundsätzlich vorstellen, mit Ihren Sorgen, Problemen und Ängsten eine solche Behandlung einmal auszuprobieren?“: 1 („nein, auf keinen Fall“), 5 („ja, auf jeden Fall“).

K Kontrollgruppe, P Psychotherapiepatienten, W Wartelistenkandidaten. Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur.

Tab. 3 Teststatistiken bedeutsamer Unterschiede in den empfundenen Vor- und Nachteilen

Häufigkeit (%)	Kontroll- gruppe	Psycho- therapie	Wartelisten- kandidaten	$\chi^2(2)$	<i>p</i>	Post hoc
Anonymität	66	40	57	7,94	0,019	K > P = W
Gesenkte Hemm- schwelle, um Hilfe aufzusuchen	74	53	44	9,65	0,008	K = P > W
Falschinterpretati- on des Geschriebe- nen möglich	16	34	64	26,77	<0,001	K < P < W

K Kontrollgruppe, P Psychotherapiepatienten, W Wartelistenkandidaten. χ^2 -Tests mit Bonferroni-Korrektur.

den, alle $F < 1,00$, alle $p > 0,45$ (nicht signifikant). Mittelwerte, Standardabweichungen und Teststatistiken anschließend separat gerechneter univariater Varianzanalysen sind ebenfalls in **Tab. 2** abgebildet.

Es zeigte sich, dass Kontrollgruppe und Psychotherapiepatienten internetbasierte Interventionen eher ausprobieren würden als die Wartelistenkandidaten. Weiterhin sah die Kontrollgruppe mehr Vorteile als

Wartelistenkandidaten und Psychotherapiepatienten. Diese Gruppenunterschiede blieben auch nach der Kontrolle durch die Symptombelastung bestehen, $F(6, 312) = 2,86$, $p = 0,010$, $\eta^2 = 0,05$.

Am häufigsten wurde von Patienten und Wartelistenkandidaten eine erhöhte Flexibilität von Zeit und Ort ($n = 86$, 77%) als Vorteil genannt. Das Fehlen nonverbaler Signale ($n = 76$, 68%) und, dass keine angemessene und schnelle Reaktion in Krisensituationen möglich sei ($n = 74$, 66%), wurden am häufigsten bemängelt. Alle Angaben zu den empfundenen Vor- und Nachteilen in den 3 Behandlungsgruppen finden sich in **Abb. 1**, Teststatistiken zu bedeutsamen Gruppenunterschiede zeigt **Tab. 3**. Die Kontrollgruppe betrachtete eine gesenkte Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen eher als einen potenziellen Vorteil als die Wartelistenkandidaten. Weiterhin schätzte die Kontrollgruppe eher die größere Anonymität der Internetumgebungen als die Psychotherapiepatienten. Hingegen sorgten sich die Wartelistenkandidaten eher darum, dass das Geschriebene fehlinterpretiert werden könnte, als die Personen der Kontrollgruppe und auch häufiger als die Psychotherapiepatienten.

Wurden die Patienten und Wartelistenkandidaten danach gefragt, für welche Störungsbilder sie sich, unabhängig von eigenen Beschwerden, internetbasierte

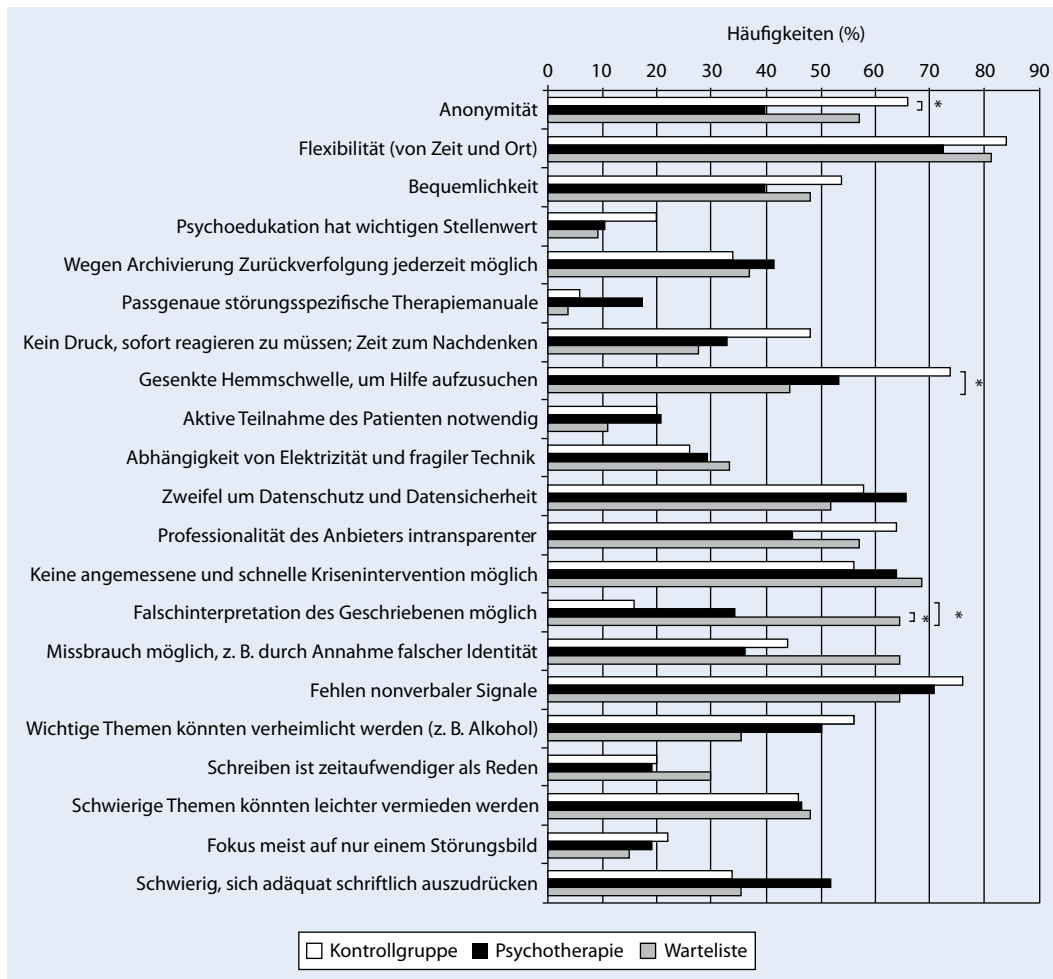


Abb. 1 ◀ Empfundene Vor- und Nachteile als Funktion der Behandlungsgruppe (mit Bonferoni-Korrektur)

Behandlungen vorstellen können, nannten die Folgenden am häufigsten:

- sexuelle Funktionsstörungen ($n=73$, 65%),
- Agoraphobie ($n=65$, 58%),
- soziale Phobie ($n=64$, 57%).

Am seltensten genannt wurden:

- Depression und generalisierte Angststörung (jeweils $n=22$, 20%),
- posttraumatische Belastungsstörungen ($n=19$, 17%),
- Panikstörung ($n=16$, 14%).

Gruppenunterschiede zwischen Patienten, Wartelistenkandidaten und der Kontrollgruppe zeigten sich in Bezug auf die Störungsbilder Depressionen $\chi^2(2)=11,60$, $p=0,003$, generalisierte Angststörung $\chi^2(2)=12,72$, $p=0,002$, spezifische Phobie $\chi^2(2)=6,83$, $p=0,033$, Panikstörung $\chi^2(2)=7,84$, $p=0,020$ und posttraumatische Belastungsstörung $\chi^2(2)=6,77$, $p=0,034$. So konnte sich die Kontroll-

gruppe eher eine Behandlung von Depressionen und Panik vorstellen als die Psychotherapiepatienten. Weiterhin konnte sich die Kontrollgruppe eher eine Behandlung von spezifischer Phobie, Panikstörung, generalisierter Angststörung und Anpassungsstörungen vorstellen als die Wartelistenkandidaten, jeweils $p<0,05$ (Abb. 2).

Diskussion

Verglichen mit der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung berichteten insbesondere die Befragten der Warteliste ein geringeres Interesse an einer Teilnahme an internetbasierten Gesundheitsinterventionen. Sowohl Psychotherapiepatienten als auch die Befragten der Warteliste nahmen weniger Vorteile einer internetbasierten Psychotherapie wahr. Die Befunde waren unabhängig von gemachten Vorerfahrungen mit Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht und konn-

ten nicht durch die höhere Symptombelastung der Patienten erklärt werden.

Als Vorteile internetbasierter Interventionen wurden von Patienten und Befragten der Warteliste erhöhte Flexibilität, gesenkte Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen sowie größere Anonymität genannt. In Bezug auf die empfundene größere Flexibilität unterschieden sie sich nicht von der Allgemeinbevölkerung. Jedoch sahen die Patienten in der mit der internetbasierten Intervention einhergehenden Anonymität seltener einen Vorteil als die Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung, während die Befragten der Warteliste in der gesenkten Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen seltener einen Vorteil sahen als die Kontrollgruppe. Als Nachteile sahen Patienten und Befragte der Warteliste das Fehlen nonverbaler Signale und die mangelnde Krisenintervention. Weiterhin sorgten sich Psychotherapiepatienten und Befragte der Warteliste häufiger als die Allgemeinbevölke-

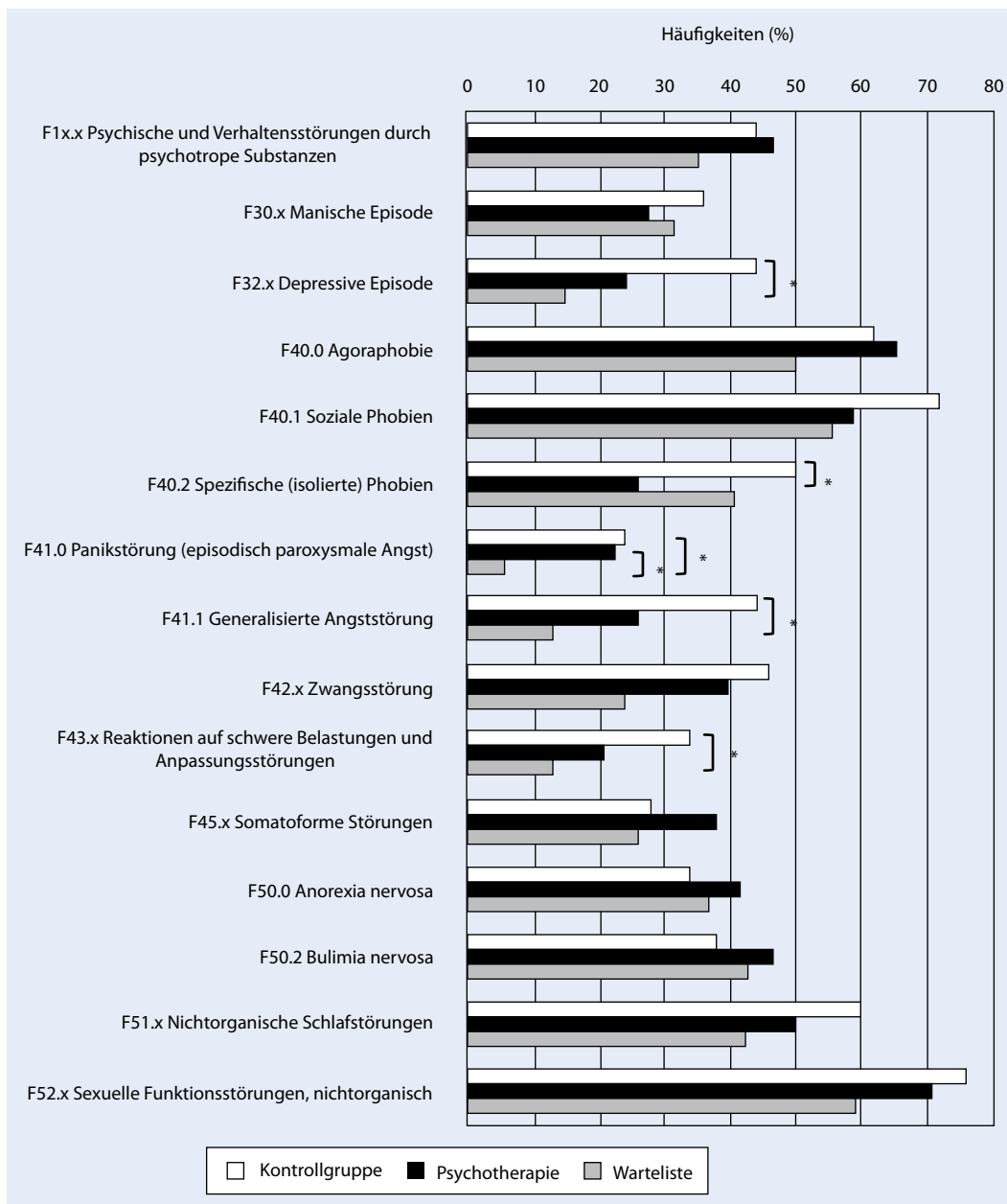


Abb. 2 ◀ Vorstellbare Störungsbilder als Funktion der Behandlungsgruppe (mit Bonferoni-Korrektur)

rung darum, dass das Geschriebene falsch interpretiert werden könnte.

Die Wahl zwischen internetbasierter Psychotherapie und Psychotherapie im persönlichen Gespräch scheint also im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach schneller, unkomplizierter, anonymer Hilfe und einem verbindlichen, persönlichen Kontakt stattzufinden. Der Wunsch nach persönlichem Kontakt und emotionaler Zuwendung könnten wichtige Gründe dafür sein, dass viele Personen internetbasierte Interventionen kritisch beurteilen.

Patienten und Befragte der Warteliste konnten sich insbesondere die Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen, Agoraphobie und sozialer Phobie über das Internet vorstellen, während sie sich jene von Panikstörung, posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen und generalisierter Angststörung am wenigsten vorstellen konnten. Insbesondere die Behandlung von Depressionen, Panik, generalisierten Ängsten und spezifischen Phobien erschien den Patienten weniger geeignet als der Kontrollgruppe. Offenbar fällt die Entscheidung bei schambe-setzten Themen, wie sozialen und agora-

phobischen Ängsten und sexuellen Funktionsstörungen, eher zugunsten einer anonymen Hilfe. Es fällt auf, dass gerade den Störungsbildern, die von den Patienten seltener nachgefragt wurden, relativ viele Behandlungsangebote gegenüberstehen (Arnberg et al. 2014). Insbesondere für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen steht ein größeres Patienteninteresse einem geringeren Angebot gegenüber. Möglicherweise haben internetbasierte Angebote an dieser Stelle das Potenzial eines Türöffners, wenn Angst und Scham die Patienten davon abhalten, sich Hilfe zu holen (Ritterband et al. 2009). Gleichzei-

tig sollte Psychotherapie immer das Ziel haben, Angst und Scham zu überwinden, um so die Möglichkeit korrigierender Erfahrungen zu bieten. Internetbasierte Interventionen sollten also niemals das primäre Ziel verfolgen, es den Patienten möglichst leicht zu machen, sich in Behandlung zu begeben.

Die berichteten Pro- und Kontraargumente entsprechen jenen niederländischer Rheuma- und Psoriasispatienten (Ferwerda et al. 2013) sowie Patienten in den USA nach erfolgter Suchttherapie (Young 2005). In der Möglichkeit passgenauer Interventionen sahen die deutschen Befragten jedoch seltener einen Vorteil als befragte US-Amerikaner. Möglicherweise könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass in Deutschland bereits gut ausgebaute Versorgungsstrukturen bestehen, die eine spezialisierte Unterstützung gewährleisten können. Sowohl die Niederländer als auch die Deutschen gaben an, dass sie den persönlichen Kontakt zu einem Therapeuten vermissen würden. Jedoch sahen die deutschen Befragten im Datenschutz und in der mangelnden Möglichkeit zur Krisenintervention eher Probleme als befragte US-Amerikaner und Niederländer. Möglicherweise wird in Deutschland datenschutzrechtlichen Bedenken eine größere Rolle zugeschrieben als im Ausland, denn auch Kral und Traunmüller (2008) konnten zeigen, dass deutschen Befragten der Datenschutz sehr wichtig war.

Der Schutz der im Rahmen einer Psychotherapie entstehenden Daten könnte durch den Rückgriff auf Papier- und Bleistift-Anmeldeprozeduren verbessert werden. Auch die Möglichkeit, sich anonymisiert im System anmelden zu können, und die sorgfältige Trennung zwischen personenbezogenen, psychometrischen Daten und Therapiedaten ist hier zu nennen, sodass nur der zuständige Therapeut den Anmeldenamen die persönlichen Daten zuordnen kann. Zusätzlich sollte immer angegeben werden, welche datenschutzrechtlichen Maßnahmen durchgeführt wurden (z. B. die Art der Verschlüsselung bei der Datenübertragung, die Beteiligung eines Datenschutzexperten oder den Eintrag in ein Verzeichnisse). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass durch internetbasierte

Interventionen vertrauliche Daten über das Internet versendet werden, die – trotz Verschlüsselung – potenziell illegal ausgepäht werden können. Sicherlich können auch bei einem ambulanten Psychotherapeuten vertrauliche Daten an unbefugte Dritte gelangen, der Zugriff hierauf lässt sich jedoch leichter überwachen.

Um die Probleme eines fehlenden persönlichen Kontakts und die Sorge vor Missverständnissen zu kompensieren, könnten internetbasierte Angebote durch das Zufügen von Sitzungen vor Ort oder per Videokonferenz attraktiver werden. Auch der Hinweis, dass bei Unklarheiten, Schwierigkeiten oder Krisen die Kontaktaufnahme zu einem für das Programm arbeitenden Therapeuten möglich ist, erscheint wichtig. Ob diese Maßnahmen die Qualität der Angebote verbessern, bleibt zu überprüfen.

Die vorliegenden Ergebnisse könnten auch im Sinne einer Reduktion der kognitiven Dissonanz (Festinger 1962) interpretiert werden: Die Tatsache, dass sich beide Patientengruppen bereits für eine Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht entschieden haben, könnte sie dazu motiviert haben, stärker im Sinne einer Abwertung der nichtgewählten Alternative zu antworten. Gegen diese Hypothese spricht jedoch, dass Vorerfahrungen mit traditioneller Psychotherapie keinen Einfluss auf das Urteil hatten.

Weiterhin müssen einige methodische Einschränkungen berücksichtigt werden. So ist die Stichprobengrößen mit 162 Teilnehmern noch immer recht gering. Systematische Verzerrungen sollten durch ein sorgfältiges Matching und eine Datenerhebung in verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Praxen vermieden werden. Interessant wäre auch ein Vergleich mit einer Population, die sich zwar durch einen mit Psychotherapiepatienten vergleichbaren Leidensdruck auszeichnet, sich aber gegen eine Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht entschieden hat. Aus vorherigen Studien ist bekannt, dass die Akzeptanz internetbasierter Angebote stieg, nachdem eigene Erfahrungen gemacht wurden (Gun et al. 2011). Die genauen Gründe hierfür könnten Gegenstand zukünftiger Untersuchungen werden.

Zusammengefasst liefert die Studie einige Hinweise darauf, welche Vorbehalte gegenüber internetbasierten Gesundheitsinterventionen bestehen und wie die Angebote verbessert werden könnten, damit den Bedürfnissen hilfesuchender Patienten besser entsprochen werden kann.

Fazit für die Praxis

- Interesse an internetbasierter Psychotherapie zeigen insbesondere Personen mit einem Wunsch nach schneller, unkomplizierter und anonymer Hilfe.
- Betroffene mit einem Wunsch nach verbindlichen, persönlichen Kontakten würden eher Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht befürworten.
- Patienten zeigten stärkere Vorbehalte und sorgten sich häufiger um die Gefahr von Missverständnissen als die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung.
- Patienten sollten während einer internetbasierter Therapie ausdrücklich darüber informiert werden, dass bei Missverständnissen oder Unklarheiten persönlicher Kontakt zu einem Therapeuten vor Ort oder per Videokonferenz möglich ist.
- Zur Förderung der Vertrauenswürdigkeit sollten Maßnahmen zur Wahrung des Datenschutzes ausführlich dargestellt und alternative Registrierungsmöglichkeiten angeboten werden.
- Die internetbasierte Behandlung sexueller Funktionsstörungen erscheint attraktiv und sollte vermehrt angeboten werden.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Gieselmann

Abteilung Klinische Psychologie
Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1
40225 Düsseldorf
Annika.Gieselmann@uni-duesseldorf.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenskonflikt. A. Gieselmann, M. Böckermann und R. Pietrowsky geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Amberg FK, Linton SJ, Hultcrantz M et al (2014) Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One* 9:e98118
- Bauer S, Kordy H (2008) Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In: Bauer S, Kordy H (Hrsg) *E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Springer, Heidelberg, S 3–12
- Böckermann M, Gieselmann A, Sorbi MJ et al (2015) Entwicklung und Evaluation einer internetbasierten begleiteten Selbsthilfe-Intervention zur Bewältigung von Albträumen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63:117–124
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Huber, Bern
- Eichenberg C, Brähler E (2013) Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. Bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut* 58:63–72
- Eichenberg C, Kienzle K (2013) Psychotherapeuten und Internet: Einstellung zu und Nutzung von therapeutischen Onlineangeboten im Behandlungsalltag. *Psychotherapeut* 58:485–493
- Ferwerda M, Van Beugen S, Van Burik A et al (2013) What patients think about E-health: patients' perspective on internet-based cognitive behavioral treatment for patients with rheumatoid arthritis and psoriasis. *Clin Rheumatol* 32:869–873
- Festinger L (1962) *A theory of cognitive dissonance*. Tavistock, London
- Gun SY, Titov N, Andrews G (2011) Acceptability of internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry* 19:259–264
- Hardt J, Egle UT, Brähler E (2006) Die Symptom-Checkliste-27 in Deutschland: Unterschiede in zwei Repräsentativbefragungen der Jahre 1996 und 2003. *Psychother, Psychosom, Med Psychol* 56:276–284
- Kral G, Traummüller R (2008) Psychologische Online-Beratung: Was erwarten die (potenziellen) NutzerInnen? *e-beratungsjournal.net* 4:Artikel 3
- Ritterband LM, Thorndike FP, Cox DJ et al (2009) A behavior change model for internet interventions. *Ann Behav Med* 38:18–27
- Spence J, Titov N, Solley K et al (2011) Characteristics and treatment preferences of people with symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: An internet survey. *PLoS One* 6:e21864
- Suler JR (2000) Psychotherapy in cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior* 3:151–159
- Wagner B, Maercker A (2011) Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal* 1:33–42
- Young KS (2005) An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *CyberPsychology & Behavior* 8:172–177

Furchtlernen und Furchthemmung: Spezifische Genvariationen bestimmen das Ausmaß

Nicht ein einzelnes Gen, sondern verschiedene Ausprägungen von bestimmten Genen können einen Menschen anfälliger für die Entwicklung einer Angststörung machen. Zu diesem Ergebnis kommen Forscher der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Sie untersuchten die Schreckreaktionen von 114 Personen in einem klassischen Konditionierungsexperiment. Dabei kam heraus, dass Personen mit einer bestimmten Kombination von Genvariationen länger verstärkte Schreckreaktionen haben und nicht so gut von Sicherheitshinweisen profitieren können wie Menschen mit einer anderen Genvariation. Die Ergebnisse der Studie wurden in der Fachzeitschrift „International Journal of Psychophysiology“ veröffentlicht.

Einer verbreiteten Annahme zufolge entstehen Angststörungen dadurch, dass eine Person während eines schlimmen Ereignisses lernt, bestimmte Eigenschaften (Reize) der traumatischen Situation mit Angst (Reaktion) zu verknüpfen. Allerdings entwickeln nicht alle Personen, denen Schlimmes widerfährt, danach zwangsläufig eine Angststörung. Diese Unterschiede in der Reaktion auf angstauslösende Situationen können unter anderem durch minimale Genvariationen bedingt sein. Vor allem die Genregion 5-HTTLPR, die den Abbau von Serotonin mitbestimmt, und die Genregion COMT Val158Met, relevant für den Abbau von Noradrenalin und Dopamin, scheinen für Angst eine Rolle zu spielen. „Uns interessiert, wie die Ausprägungen dieser Gene Menschen darin beeinflussen, wie sie Furcht erlernen und unterdrücken können“, sagt Julia Wendt, Psychologin und Leiterin der Studie.

Konditionierungsexperimente mit bestimmten Genträgern
Die Forscher führten ein klassisches Furchtkonditionierungsexperiment mit 114 Probanden durch. Zunächst bestimmten sie bei allen Probanden die Allel-Ausprägungen der beiden Gene 5-HTTLPR und COMT Val158Met. Das folgende Experiment war in vier Phasen unterteilt. Während einer ersten Lernphase betrachteten die Proban-

den verschiedene geometrische Figuren an einem Bildschirm. Auf eine bestimmte Figurenkombination (zum Beispiel Trapez und Stern) folgte immer ein Stromschlag, der für die Probanden zwar nicht schmerzhaft, aber in höchstem Maße unangenehm war. Eine andere Kombination (zum Beispiel Dreieck und Stern) trat dagegen nie zusammen mit einem Stromschlag auf. Dadurch lernten die Personen, welche Form ein Gefahrensignal war (Trapez = drohender Stromschlag), und welche Form für Sicherheit stand (Dreieck = Ausbleiben des Schlags).

In der Testphase bekamen die Probanden das Gefahren- und das Sicherheitssignal gemeinsam zu sehen, und zwar ohne Stromschlag. Darauf folgten eine weitere Lernphase mit den gleichen geometrischen Formen sowie eine weitere Testphase. Die Autoren bestimmten das Ausmaß der Furcht in den Testphasen anhand der Schreckreaktionen der Probanden. Dazu ermittelten sie mit Hilfe eines Elektromyogramms (EMG) am Auge die Stärke des Lid-schlusses, die eine wichtige Komponente des Schreckreflexes ist.

Kurzes 5-HTTLPR Allel: Erlernte Furcht hält länger an
Alle Probanden zeigten in der ersten Testphase eine stärkere Schreckreaktion beim Gefahrensignal als beim Sicherheitssignal. Während der zweiten Lernphase offenbarten sich allerdings Unterschiede: Genträger mit kurzem 5-HTTLPR Allel zeigten eine stärkere Schreckreaktion als die Genträger des langen Allels. Die Autoren werten das als einen Hinweis darauf, dass bei Trägern der kurzen Genvariante die Furchtreaktion besonders stabil erlernt wurde.

Die Originalstudie finden Sie hier:
Wendt, J., Neubert, J., Lindner, K., Ernst, F. D., Homuth, G., Weike, A. I., & Hamm, A. O. (2014). Genetic influences on the acquisition and inhibition of fear. *International Journal of Psychophysiology*. doi:10.1016/j.ijpsycho.2014.10.007

Dieses Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert (WE 2762/5-1).

Weitere Informationen:

Dr. Julia Wendt

E-Mail: julia.wendt@uni-greifswald.de