



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche**

Wagner, B ; Maercker, Andreas

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich  
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-49734>  
Journal Article

Originally published at:  
Wagner, B; Maercker, Andreas (2011). Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal*, (1):34-43.

# Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche

Birgit Wagner<sup>1</sup>, Andreas Maercker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Leipzig, <sup>2</sup>Universität Zürich

**Zusammenfassung:** Die internetbasierte Psychotherapie bietet neue Perspektiven in der Psychotherapie und der therapeutischen Kommunikation. Der Artikel beschäftigt sich vor allem mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen. Derzeitige Forschungsergebnisse belegen dafür eine gute Wirksamkeit, die vergleichbare Behandlungseffekte wie normale ambulante Psychotherapien aufweisen. Inzwischen wurden zahlreiche neue Anwendungsbereiche für spezielle Patientengruppen entwickelt, wie zum Beispiel die Internettherapie für Traumapatienten oder Internetbrücken in der poststationären Nachversorgung. Ferner bietet die Internettherapie neue Möglichkeiten im humanitären Einsatz in Konfliktregionen. Implikationen für die therapeutische Beziehung und Vor- und Nachteile der Onlinetherapie werden diskutiert.

## Einleitung

Mit dem fortschreitenden Einzug des Internets in unseren Alltag, erobert sich das Internet durch seine weite Verbreitung auch neue Anwendungsbereiche im Gesundheitswesen. Während noch vor einigen Jahren die Vorstellung, dass der Patienten-Therapeuten-Kontakt ausschließlich über das Internet stattfindet, große Kritik und Zweifel hervorrief, überzeugen heute immer mehr evidenzbasierte Studien, die in diesem Bereich durchgeführt wurden. Die Ergebnisse belegen, dass die Internettherapie gute bis sehr gute Behandlungseffekte aufzeigt, die vergleichbar sind mit der traditionellen face-to-face-Therapie. Das Ergebnis überrascht, denn es wurde gerade der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle im Bezug auf Symptomverbesserung in der Psychotherapie zugeschrieben. Die Vielfalt der Angebote von psychologischen Interventionen im Internet ist inzwischen groß und umfasst sowohl Beratungsofferten, Einzel- und Gruppenchats, Internetbrücken zur Nachversorgung, Selbsthilfeprogramme, als

auch die sogenannte Internettherapie, bei der Therapeut und Patient textbasiert und zeitversetzt miteinander kommunizieren. Die Internettherapie unterscheidet sich dadurch massgeblich von internetgestützten Präventionsprogrammen, virtuellen Beratungseinrichtungen (z. B. Telefonseelsorge) oder von der Psychoedukation durch Informationswebseiten. Während im deutschen Sprachraum internetgestützte Therapieangebote bisher aus rechtlichen Gründen (Almer & Warntjen, 2009) fast ausschließlich in Form von Studien oder Modellprojekten durchgeführt werden, ist die internetbasierte Psychotherapie in einigen europäischen Nachbarländern bereits in der Gesundheitsversorgung angekommen und wird von den dortigen Krankenkassen getragen.

## Wirksamkeit von internetbasierten Therapien

Obwohl der Forschungsbereich noch relativ jung ist, wurde der Bereich der internetbasierten Interventionen in den vergan-

genen Jahren intensiv auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Zahlreiche Metaanalysen zu den verschiedensten Störungsbildern und Angebotsformen wurden publiziert (Andersson & Cuijpers, 2009; Barak, Hen & Boniel-Nissim, 2008; Cuijpers et al., 2009; Spek, et al. 2007). Die weite Verbreitung des Internets, die gute Erreichbarkeit und das niedrighschwellige, psychotherapeutische Behandlungsangebot förderte die zahlreiche Durchführung dieser Studien. Der große Zuspruch, den diese Studien von Seiten der Patienten erfahren, spiegelt aber auch eine hohe Bereitschaft der Patienten wieder, diese neue Therapieform zu nutzen. In der bisher umfangreichsten Metaanalyse über die Wirksamkeit von internetbasierter Psychotherapie in der insgesamt 92 Studien eingeschlossen wurden, konnte gezeigt werden, dass der mittlere Behandlungseffekt bei 0.53 liegt, gemittelt über alle Störungsbilder und Interventionsformen (Barak et al., 2008). Dies ist vergleichbar mit einer herkömmlichen ambulanten Therapie. Ferner wurden auch einzelne Wirkfaktoren, wie beispielsweise die Therapieform untersucht. Hier erzielte die Kognitive Verhaltenstherapie den größten Behandlungseffekt, verglichen mit Psychoedukation oder der reinen Verhaltenstherapie. Insbesondere für Angststörungen (z. B. soziale Phobie, Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung) zeigten die bisher durchgeführten randomisierten Kontrollgruppenstudien konstante empirische Evidenz (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2009; Spek et al., 2007). Am wenigsten profitierten die Patienten von Interventionen zur Gewichtsreduktion oder von Behandlungen von somatischer

Symptomatik (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008). Eine weitere wichtige Fragestellung betrifft die Langzeiteffekte der Internettherapie. Eine Evaluation der Langzeitverläufe der Metaanalyse von Barak et al. (2008) weist daraufhin, dass die Verbesserungseffekte nach der Postmessung aufrechterhalten werden konnten. Ähnliche Ergebnisse konnten 1,5-Jahres Follow-up-Untersuchungen der internetbasierten Therapie für die posttraumatische Belastungsstörung (Knaevelsrud & Maercker, 2010) und die komplizierte Trauer (Wagner & Maercker, 2007) gefunden werden. Die untersuchten Therapien basierten fast alle auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Das heißt, das manualbasierte Arbeiten mit dem Patienten scheint sich besonders gut ins Internet übertragen zu lassen.

Während man bei den Angststörungen fast ausschließlich gute bis hohe Behandlungseffekte in randomisierten Kontrollgruppenstudien erzielen konnte (Berger & Andersson, 2009), zeigen die Ergebnisse für die Depressionstherapie über das In-

ternet gemischte Resultate im Bezug auf ihre Wirksamkeit. Eine Reihe von internetbasierten Interventionen und Selbsthilfeprogrammen für Depression wurden in den letzten Jahren entwickelt und in randomisierten Kontrollstudien evaluiert. In einer Metaanalyse, die internetbasierte Interventionen für Depression und Angst auswertete (n=12) wurde ein Behandlungseffekt von  $d=0.40$  gefunden (Spek et al., 2007). Interventionen, die einen direkten therapeutischen Kontakt hatten, wiesen einen signifikant größeren Behandlungseffekt ( $d=1.0$ ) auf, als diejenigen, die keinen Kontakt hatten ( $d=0.27$ ). Eine neuere Metaanalyse von Andersson und Cuijpers (2009) in welcher 12 Depressionsstudien zu internetbasierten Therapien eingeschlossen wurden, bestätigt diese Ergebnisse. Insbesondere bei der Behandlung der Depression über das Internet ist das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes ein wichtiger Einflussfaktor. Reine Selbsthilfeprogramme, die keine therapeutische Unterstützung anboten, waren zwar sehr kostengünstig, hatten aber so gut wie keine Wirksamkeit und eine hohe Ausfall-

quote. Kaltenthaler, Parry, Beverley und Ferriter (2008) evaluierten ausschließlich kognitiv-verhaltenstherapeutische computergestützte Selbsthilfeprogramme für Depression vor allem im Hinblick auf deren Drop-out-Raten. Die Ergebnisse zeigen, dass die interaktiven Depressionstherapie-Webseiten zwar schwache bis mittlere Behandlungseffekte haben, allerdings eine sehr hohe Drop-out-Rate (25%-41%) aufweisen. Insbesondere die reinen computergestützten Selbsthilfeprogramme ohne therapeutischen Kontakt (z. B. ODIN, *Overcoming depression in the Internet*) zeigten hohe Abbruchraten (41%) bei den Teilnehmern (ODIN; Clarke et al., 2005; Clarke et al., 2002).

## Vergleich Internettherapie versus ambulante Therapie

Bisher wurden nur wenige Studien durchgeführt, die eine internetbasierte Therapie mit einer ambulanten Therapie direkt verglichen. Einige wenige Studien

1/2

haben die internetbasierte Therapie mit *Treatment as usual* (TAU) verglichen. Die Behandlungseffekte zeigten keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Symptomreduzierung (Barak et al., 2008). In einer Studie zu Panikstörung wurden die Patienten entweder der Onlinetherapie oder der ambulanten Therapie zugeordnet (Carlbring et al., 2005). Es wurden allerdings auch hier keine Unterschiede in der Symptomreduzierung der beiden Behandlungsangebote gefunden. Ebenso keine Unterschiede wurden für die Behandlung von Tinnitus (Kaldo et al., 2008) im Vergleich zu einer Gruppentherapie gefunden. Wenig ist bisher darüber bekannt, inwieweit sich beide Behandlungsformen unterscheiden, wenn beide Gruppen die gleichen Therapieinhalte im Einzelsetting erhalten. In einer vor kurzem abgeschlossenen noch unveröffentlichten Studie an der Universität Zürich wurden die Patienten zufällig einer 8-wöchigen ambulanten oder der internetgestützten Therapie zugeordnet (Wagner & Maercker, 2010). Beide Therapiegruppen erhielten die gleichen kognitiven verhaltenstherapeutischen Module im gleichen zeitlichen Rahmen. Sowohl in der Onlinegruppe als auch in der ambulanten Therapiegruppe wurden klinisch signifikante Symptomreduzierungen nach Beendigung der Behandlung gemessen. Auch bei dieser Studie wurde kein Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Wirksamkeit der Behandlungsformen festgestellt. Interessanterweise wurden auch keine signifikanten Unterschiede bei den Therapiefaktoren, wie beispielsweise die therapeutische Beziehung und Vertrauen zum Therapeuten gefunden. Das bedeutet, dass die Patienten die therapeutische Beziehung im Onlinesetting ebenso positiv einschätzten, wie in der ambulanten Therapie, obwohl ausschließlich ein schriftlicher Kontakt stattfand. Diese ersten Studien, die einen direkten Vergleich zwischen der herkömmlichen ambulanten Psychotherapie und der internetgestützten Therapie untersuchten, lassen vermuten, dass die therapeutische Darbietungsform (online vs. ambulant) keinen Einfluss auf die Symptomreduzierung und auf therapeutische Wirkfaktoren hat. Beide kognitiven verhaltenstherapeutischen Angebote scheinen im gleichen Ausmaß zu wirken.

## Wirkfaktoren einer internetbasierten Psychotherapie

Die meisten der bisher existierenden Internettherapien sind störungsspezifische Therapieangebote und zeichnen sich durch eine vorwiegend textbasierte Kommunikation und strukturierte Manualisierung aus. Beispielsweise können durch die störungsspezifischen Onlinetherapien nicht zwei Störungsbilder gleichzeitig behandelt werden. Ein individuelles Vorgehen ist nur sehr bedingt möglich. Leidet beispielsweise ein Patient an einer Sozialphobie und einer Depression, kann die Symptomatik der sozialen Ängste in der Depressionstherapie nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine wirksame Anwendung der Internettherapie eine umfangreiche Diagnostik möglicher Patienten, um das störungsspezifische Manual entsprechend anwenden zu können. Derzeit werden insbesondere in Schweden Modultherapien untersucht, die es Patienten mit komorbiden Störungsbildern ermöglichen soll, dennoch internetbasierte Therapien zu nutzen (Andersson, Carlbring, Berger, Almlov & Cuijpers, 2009). Ein weiterer wichtiger Punkt die Diagnostik betreffend, ist die strenge Berücksichtigung von Ausschlusskriterien. Als wichtiges Ausschlusskriterium für die internetbasierte Psychotherapie zählt neben psychotischem und dissoziativem Erleben erhöhte Suizidalität, schwere Depression sowie Alkohol- und Drogenabusus. Die meisten der bisherigen Studien, welche internetbasierte Therapien evaluierten, führten die Diagnostik ebenfalls in einem Onlinesetting durch. Das heißt, typischerweise gab es keine Möglichkeit der Fremdbeurteilung des Patienten. Anstelle dessen wurden computergestützte störungsspezifische Selbsterhebungsfragebogen genutzt, die sich im Vergleich zur Papier-und-Bleistift-Version als ebenso valide erwiesen haben. Inzwischen zeichnet sich allerdings in neueren Studien ein Trend ab, dass anstelle der internetbasierten Diagnostik auch klinisch-diagnostische Interviews eingesetzt werden, die sowohl im persönlichen Kontakt als auch telefonisch oder per Skype durchgeführt werden. In der klinischen Praxis wäre ein solches Vorgehen ebenfalls empfehlenswert, um eine

erhöhte Validität der klinischen Diagnostik zu erzielen. Hierbei wären ein bis zwei persönliche therapeutische, diagnostische Sitzungen anzuraten.

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor der internetbasierten Interventionen ist das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes. Interventionen, bei denen Therapeut und Patient persönlich miteinander kommunizieren zeigten die größten Behandlungseffekte auf, deutlich mehr als beispielsweise computergestützte Selbsthilfeprogramme, die häufig mit geringer oder keiner therapeutischen Unterstützung angeboten werden. Palmqvist, Carlbring und Andersson (2007) fanden einen direkten Zusammenhang zwischen der aufgewendeten therapeutischen Zeit in Minuten und der Wirksamkeit der Behandlung. Das heißt, der Therapeut ist trotz des technischen Fortschritts nicht zu ersetzen und je mehr therapeutische Zeit und individualisierte Rückmeldung in den internetgestützten Behandlungen eingebracht wurde, desto besser waren die Behandlungseffekte und desto weniger Therapieabbrüche fanden statt (Andersson, 2009). Immer wieder stellt sich die Frage, welche Nutzergruppen am ehesten für die internetbasierte Therapie geeignet sind. Die Vermutung, dass die Nutzer von Internettherapien einer sehr spezifischen Patientengruppe angehören, nämlich eher jüngere, gebildete oder männliche Patienten mit einer Affinität zu Computern, konnte nicht bestätigt werden. Alle bisherigen Studien zur internetbasierten Psychotherapie „Interapy“, die im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006; Wagner & Maercker, 2009), zeigen einen sehr hohen Anteil an weiblichen Studienteilnehmerinnen (90-92%). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 40 Jahren in diesen Studien. Diese Befunde konnten auch in internationalen Studien bestätigt werden (Andersson et al., 2009).

## Interapy: ein Behandlungskonzept aus den Niederlanden

*Interapy* heißt die von der Arbeitsgruppe von Prof. Alfred Lange von der Universi-

tät von Amsterdam entwickelte, wohl bekannteste Onlinetherapie ([www.interapy.nl](http://www.interapy.nl)). Das Behandlungsangebot von Interapy umfasst inzwischen alle wichtigen Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung, sexueller Missbrauch bei Adoleszenten, Essstörungen, Panikstörung, Burnout und Depression). Alle Behandlungsprotokolle beruhen auf im face-to-face-Setting evaluierten Therapiemanualen, die sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen haben. Das Behandlungsprotokoll wurde im Anschluss entsprechend der spezifischen Anwendbarkeit des Internets angepasst. Neben dem Vorteil der geografischen Unabhängigkeit, das heißt auch für Patienten, die in ländlicheren Gegenden leben und keinen Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung haben, spielt natürlich auch die Kosten-Nutzen-Rechnung für die niederländischen Krankenversicherer eine zunehmend große Rolle. Die Kosten für die internetbasierte Therapie liegen bisweilen nur bei einem Drittel dessen, was für eine ambulante Psychotherapie bezahlt werden muss, und das mit einem vergleichbaren Erfolg,

wie inzwischen die zahlreichen Wirksamkeitsstudien belegen. Interapy beruht auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansatz und ist eine zeitlich begrenzte (je nach Störung zwischen 5-12 Wochen) störungsspezifische Psychotherapie. Entgegen der weitläufigen Annahme, ist es wichtig noch einmal herauszuheben, dass Interapy keine Emailtherapie ist. Die Behandlung findet vollständig im Rahmen einer stark strukturierten Webseite statt. Die Webseite besteht aus einem Patientenbereich, der nur für den Patienten aufrufbar und passwortgeschützt ist und einem Therapeutenbereich, der neben den Behandlungsaspekten auch noch Möglichkeiten zur Supervision und weitere administrative Aspekte beinhaltet. Der Patientenbereich enthält beispielsweise Informationen, Übungen, Hausaufgaben und die individuelle Rückantwort des Therapeuten, die in das Behandlungsmaterial eingebettet ist. Die Schreibaufgaben werden auf der Webseite im geschützten Bereich von den Patienten durchgeführt. Telefon- oder Emailkontakt beschränkt sich auf Notsituationen, wie beispielsweise

technische Störungen, Krisenintervention, oder Suizidalität. Die Kognitive Verhaltenstherapie besteht aus mehreren festgelegten Behandlungsschritten. Zu Beginn der Behandlung steht eine ausführliche Onlinediagnostik und Information über das Störungsbild.

## **Interapy-Behandlung für Posttraumatische Belastungsstörung und komplizierte Trauer**

Grundlage der Entwicklung von Interapy waren die Untersuchungen von James Pennebaker aus den 80er-Jahren. Hier konnte aufgezeigt werden, dass diejenigen Studienteilnehmer, die mit Hilfe von strukturierten Schreibaufgaben mehrfach über traumatische Erlebnisse geschrieben hatten, nach der Schreibintervention deutlich niedrigere Traumasymptome aufwiesen, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. In einer ersten Internetstudie zur Behandlung von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörungen

1/2

(PTBS) konnte eine ebenso positive Wirkweise nachgewiesen werden (Lange, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2001). Inzwischen wurden insgesamt drei randomisierte Kontrollgruppenstudien für PTBS in niederländischer und deutscher Sprache durchgeführt und die Therapie zeigte hohe Behandlungseffekte auf (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Lange et al., 2001). In allen bisher durchgeführten internetbasierten Therapiestudien zur PTBS hatten fast ein Drittel der Teilnehmerinnen sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigung erfahren (Knaevelsrud & Maercker, 2007). Der Nutzen von neuen Medien kann insbesondere für Frauen eine neue Behandlungsoption darstellen, die sich entweder aus Gefühlen der Scham und Stigmatisierung nicht zu einer ambulanten Psychotherapie trauen oder für die es keine Behandlungsmöglichkeit gibt aufgrund von langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

Aufgrund dieser ermutigenden Befunde wurde im Anschluss an die PTBS-Studien ein Therapiemanual (Wagner et al., 2006; Wagner & Maercker, 2007) und ein Präventionsprogramm für komplizierte Trauer über das Internet entwickelt (Wagner & Maercker, 2008), welches ebenfalls eine deutliche Reduzierung der komplizierten Trauersymptomatik bewirkte.

Die Therapie selbst besteht aus Psychoedukation und einem strukturierten Behandlungsmanual, welches ein individualisiertes Feedback des Therapeuten berücksichtigt. Jeder Behandlungsphase geht eine ausführliche Psychoedukation voraus, die den Patienten erklärt, aus welchem Grund bestimmte Aufgaben gestellt werden, welchen Sinn einzelne Übungen haben und was bestimmte Symptome oder Reaktionen bedeuten. Die Behandlung für PTBS hat eine Behandlungszeit von fünf Wochen, in denen der Patient zweimal pro Woche zu festen Zeiten seine Schreibzeiten hat, wobei auch die Therapeuten angehalten sind, dem Patienten nach spätestens einem Werktag zu antworten. Der Patient schreibt insgesamt zehn Texte. Die Behandlung der PTBS erfolgt in insgesamt drei Therapiephasen. Am Anfang jeder Phase bestimmen die Patienten, an welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit sie die Essays schreiben werden.

Im Folgenden werden die drei Behandlungsphasen und ihr Inhalt kurz vorgestellt.

### **1. Phase: Selbstkonfrontation**

In dieser Phase, die insgesamt vier Essays umfasst, steht die Selbstkonfrontation mit den schmerzhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen bezüglich des traumatischen Ereignisses im Mittelpunkt. Der Patient wird gebeten, die schmerzhaftesten Momente und Augenblicke zu schildern. Die Texte sollten im Präsens und in der ersten Person, ohne Rücksicht auf Grammatik und chronologische Reihenfolge geschrieben werden.

### **2. Phase: Kognitive Umstrukturierung**

In der zweiten Phase wird der Inhalt der vier Schreibaufgaben auf eine kognitive Umstrukturierung gerichtet. In dieser Phase schreiben die Patienten ihre Erfahrungen ein weiteres Mal auf, dieses Mal jedoch in Form eines unterstützenden Briefes an eine/n fiktive/n Freundin/Freund, der/dem genau das Gleiche widerfahren ist wie dem Patienten. Durch diesen Perspektivenwechsel werden die Teilnehmer in die Lage versetzt, ihre eigenen automatisierten Gedanken in Frage zu stellen. Der Patient erhält nach dem sechsten Text eine Rückmeldung und eine neue Schreibanleitung.

### **3. Phase: Social Sharing**

In der abschließenden Phase steht das „social sharing“ (andere teilhaben lassen) im Vordergrund. Das heißt, in den letzten beiden Schreibaufgaben verfassen die Teilnehmer einen Brief, in dem sie von ihrer traumatischen Erfahrung Abschied nehmen und damit Abstand gewinnen. Diesen Brief richten sie an eine nahestehende Person, an jemanden, der im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung steht oder an sich selbst. Hierbei geht es nicht um die tatsächliche Versendung des Briefes, sondern um den symbolischen und rituellen Charakter. Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen, in denen die Patienten ermutigt werden, frei heraus zu schreiben, achten die Therapeuten in dieser letzten Phase auch auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Wichtigkeit dieses Briefes zu unterstreichen.

Im Folgenden sollen zwei Anwendungsbereiche vorgestellt werden, die basierend auf dem Interapy-Ansatz durchgeführt werden.

## **Onlineintervention nach dem Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft**

Ein Beispiel für eine therapeutisch unterstützte Patientengruppe für die es nur unzureichende spezielle Therapieangebote gibt, sind Eltern nach dem pränatalen Verlust ihres Kindes. Häufig hindert die geographische Entfernung vom Wohnort zu einer Spezialeinrichtung oder Klinik die Inanspruchnahme von Therapieangeboten. Aber auch familiäre Verpflichtungen sind hinderlich, da viele Mütter, die einen pränatalen Verlust erlebt haben, bereits Kinder haben und aus Mangel an einer Möglichkeit der Kinderbetreuung Psychotherapiesitzungen nicht regelmäßig wahrnehmen können. Mütter, die einen Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft zu bewältigen haben, sind in der Regel jüngere Menschen, die über einen Internetzugang verfügen und in ihrem Alltag dieses Medium nutzen. Aus diesem Grund liegt es nahe, das Internet auch für die therapeutische Kommunikation zu nutzen.

Die Grundlage für diese Internet-Intervention (<http://www.internettherapie-trauernde-eltern.de>) war das Behandlungsmanual für komplizierte Trauer (Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2005; Wagner et al., 2006) und PTBS (Lange et al., 2001). Unterschiede zwischen den Behandlungsmanualen bestehen vor allem in der Phase der kognitiven Restrukturierung. Während es bei der PTBS-Behandlung in dieser Phase hauptsächlich darauf ankommt, das Erlebnis zu verarbeiten, geht es beim pränatalen Verlust auch darum, Schuldgefühle in Bezug auf den Tod des Babys und Gefühle von Mitverantwortlichkeit am Tode kritisch zu reflektieren. Ein weiterer Bestandteil dieser Phase ist das Entwickeln von Ritualen oder Aktivitäten, um dem verstorbenen Baby zu gedenken. Es geht hier vor allem darum, dem verstorbenen Kind einen festen Platz im Alltag zu geben. Neben den dysfunktionalen Gedanken werden auch

Aspekte der posttraumatischen Reifung thematisiert, indem die Patientin auch nach positiven Auswirkungen und Veränderungen durch den Verlust des Babys gefragt wird. Die Patientin wird beispielsweise gefragt, ob sie etwas über die Welt oder das Leben entdeckt hat, das sie sonst gar nicht oder viel später entdeckt hätte. In einer Studie zu einer internetbasierten Therapie für komplizierte Trauer, die ähnliche Fragen zur persönlichen Reifung nach dem Tod eines nahen Angehörigen stellte, wurde nach Abschluss der Behandlung eine signifikante Zunahme der Werte für posttraumatische Reifung festgestellt (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2007). Die Ergebnisse der ersten Pilotphase zeigen eine deutliche Reduzierung der komplizierten Trauer-Symptomatik und der traumaspezifischen Symptome, die mit dem Verlust des Babys in Zusammenhang stehen.

## Onlinetraumatherapie als humanitäre Hilfe im Irak

Obwohl das Internet auch in Krisengebieten und Konfliktregionen inzwischen eine immer weitere Verbreitung findet und dessen Informationsmöglichkeiten häufig vor allem im Bezug auf die aktuelle Sicherheitslage genutzt werden, werden die neuen Möglichkeiten des Internets bisher nur selten für den humanitären Einsatz genutzt. Am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin/Kirkuk in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Leipzig wird derzeit im Irak eine der ersten psychologischen Interventionsstudien im E-Health-Bereich durchgeführt, die im humanitären Kontext stattfindet (Knaevelsrud, Wagner, Karl & Mueller, 2007). Der Mangel an psychotherapeutischer Hilfe im Irak ist derzeit groß und nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz an traumatisierten Personen erhält tatsächlich Hilfe. Die meisten internationalen Hilfsorganisationen verließen aus Sicherheitsgründen den Irak. Diese Faktoren verdeutlichen eine große Notwendigkeit einer psychologischen Versorgung, die sowohl niederschwellig erreichbar ist, bei der der Aufenthaltsort der Therapeuten unabhängig von dem der Patienten ist und vergleichsweise kostengünstig ist. Das arabischsprachige virtuelle Behand-

lungszentrum für Traumaopfer im Irak „Iljanafsy“ ([www.iljanafsy.org](http://www.iljanafsy.org)) ist eines der ersten Projekte, die das Internet als Brücke zur psychotherapeutischen Versorgung in Konfliktregionen nutzt. Das Interapy-Behandlungsmanual für posttraumatische Belastungsstörungen wurde ins Arabische übersetzt und dem arabischen kulturellen Kontext angepasst. Die Therapeuten sind Psychiater und Psychologen aus dem Irak, Syrien, Dubai und Palästina. Erste Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass dieses Behandlungsangebot vor allem von hochtraumatisierten Patienten in Anspruch genommen wird. Die Patienten waren häufig Zeuge oder Überlebende von Selbstmordanschlägen, *Random Shootings*, Entführungen oder Vergewaltigungen (Wagner, Schulz & Knaevelsrud, 2011). Auch an dieser Studie nahmen auffallend viele Frauen teil, die sexuelle Gewalt erlebt haben. Wie in den meisten kriegsähnlichen Auseinandersetzungen sind Frauen besonders häufig Opfer von sexueller Gewalt, Entführungen und Verschleppungen durch bewaffnete Gruppen. Diese Frauen erleben häufig Gefühle der Stigmatisierung und Scham und wagen es oft nicht, sich einer Person anzuvertrauen, da dies unter Umständen lebensbedrohliche Konsequenzen für sie haben kann. In der arabischen Version der Interapy-Behandlung für PTBS werden weibliche Patientinnen ausschließlich durch eine weibliche Therapeutin behandelt, dasselbe gilt für Supervisoren und Therapeuten. Die ersten Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die internetbasierte Intervention trotz der schwierigen Situation in der sich häufig sowohl Patienten als auch Therapeuten befinden, die gleichen guten Behandlungseffekte erzielt wie in den europäischen Studien (Wagner et al., 2011).

## Nachsorge nach stationärer Psychotherapie: Die Internetbrücke

Eine weitere Patientengruppe, die eine umfassendere therapeutische Unterstützung benötigt, als es das derzeitige Gesundheitssystem bieten kann, sind Patienten, die nach einem stationären Klinikaufenthalt aus einer Fachklinik für

Psychotherapie oder Psychosomatik entlassen werden. Für diese Patienten entsteht zunächst eine Versorgungslücke, da ambulante und stationäre Behandlung in Deutschland nicht aneinander verknüpft sind. Die Patienten sind sich in der Regel selbst überlassen und werden zudem noch mit langen Wartezeiten bei niedergelassenen Therapeuten konfrontiert. Allerdings ist gerade diese erste Phase von der Klinik in den Alltag besonders wichtig für die Patienten, damit der Transfer des in der Klinik Erlernten erfolgreich stattfindet. Ein schneller Erkrankungsrückfall gerade in der ersten Zeit nach dem Klinikaufenthalt steht sehr häufig in Zusammenhang mit sozialem Stress und mangelnder sozialer Unterstützung. Diese Lücke füllt die poststationäre Betreuung des Projektes „Internetbrücke“ (z. B. Panorama Fachklinik Scheidegg), die den entlassenen Patienten sowohl ein Gruppensetting via Chat als auch ein Einzelsetting (Emailbrücke) per Email anbietet (Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007; Wolf, Maurer, Dogs & Kordy, 2006). Die Betreuung der Patienten im Einzelsetting wird in der Regel von dem in der Klinik für diesen Patienten zuständigen Therapeuten übernommen und bietet somit ein niedrigschwelliges Kontinuum in der therapeutischen Versorgung an. Die Gruppenchats werden ebenfalls von den gleichen Therapeuten geleitet, die die stationäre Gruppentherapie in der Klinik leiten. Die Chatgruppen sind störungsübergreifend aufgebaut und verfolgen einen motivational-supportiven Ansatz. Die Chatgruppe findet einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 12-15 Wochen statt. Die internetgestützte Nachbetreuung zeigte zwölf Monate nach der Behandlung beeindruckende Ergebnisse. Diejenigen, die an der Chatgruppe teilnahmen, zeigten signifikant weniger Rückfälle, als die Kontrollgruppe, die nicht daran teilnahm. Des Weiteren konnten diejenigen in der Chatgruppe deutlich besser ihre in der Klinik (Golkaramnay et al., 2007) erreichten positiven Entwicklungen aufrechterhalten und in den Alltag transferieren. Ähnlich positive Ergebnisse wurden im Einzelsetting bei der Emailbrücke erzielt. Während die Patienten, die an der Emailbrücke teilnahmen, ihre poststationär verbesserte Symptomatik aufrechterhalten konnten, verschlechterte sich die Symptomatik der

Kontrollgruppe, die keine Internet-Intervention erhielt (Wolf et al., 2006). Inzwischen gibt es Angebote von Internetbrücken für eine Reihe von Störungsbildern. Die Klinik Berchtesgardener Land bietet im Rahmen ihres Projektes „Rückhalt“ eine Nachsorge für poststationäre Adipositaspatienten an. An der Universitätsklinik Heidelberg Orthopädie wurde ein poststationärer Nachsorgechat für Rückenschmerzpatienten eingerichtet. Die Beispiele zeigen, dass eine internetbasierte Nachsorge Rückfälle und neue stationäre Aufenthalte verhindern kann und sehr effektiv und kostengünstig eine Lücke in der psychotherapeutischen Versorgung schließt.

## Die therapeutische Beziehung im Internet

Die größten Zweifel und die am häufigsten geäußerte Kritik an internetbasierten Interventionen betrifft das Wesen der therapeutischen Beziehung. Traditionell räumen alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren der therapeutischen Beziehung einen hohen Stellenwert ein und die therapeutische Beziehung ist der Ausgangspunkt für eine erfolgreich verlaufende Psychotherapie. Eine schlecht bewertete therapeutische Beziehung trägt nachweislich zu einer geringeren Symptomreduzierung bei.

Berechtigterweise stellt sich die Frage, inwieweit die Psychotherapie Schaden nimmt, wenn die Kommunikation im Rahmen der Therapie online und ohne physische Präsenz vonstatten geht. Aber inwieweit ist eine erfolgreiche und wirksame Therapie davon abhängig, dass ein face-to-face-Kontakt zwischen Patient und Therapeut vorhanden ist? Während in der normalen, ambulanten Psychotherapie das physische Bild des Therapeuten einschließlich aller sozialer und nonverbaler Signale (z. B. Sympathie, Körperhaltung, Gesichtsmimik, Augenkontakt) eine wichtige Rolle spielt und unter Umständen auch über das Zustandekommen oder Fortführen einer therapeutischen Beziehung entscheidet, ist die internetbasierte Kommunikation zwischen Therapeut und Patient deutlich sinnreduziert. Während ei-

ner psychologischen Intervention im Internet findet der therapeutische Kontakt entweder virtuell und textbasiert oder in Form von Selbsthilfemodulen statt. In der Regel besteht kein Kontakt von Angesicht zu Angesicht zwischen Therapeut und Patient in der Form, dass sie miteinander sprechen oder sich sehen. Während einer internetbasierten therapeutengestützten Therapie erhalten die Patienten ein regelmäßiges therapeutisches Feedback und der Zeitaufwand für die Therapeuten ist mitunter 4-5 mal geringer als in vergleichbaren störungsspezifischen ambulanten Psychotherapien (Berger & Andersson, 2009). Dennoch ist die eingebrachte Patientenzeit nicht weniger als in bisherigen face-to-face-Therapien. Das Bearbeiten kognitiv verhaltenstherapeutischen Hausaufgaben und Schreibenleitungen (z. B. Beschreiben des traumatischsten Moments des Traumas bei der Therapie für die Posttraumatische Belastungsstörung) ist für die Patienten sehr fordernd und zeitintensiv. Die Therapeuten arbeiten fast ausschließlich mit positiven Verstärkern, das heißt, sie unterstützen den Patienten, arbeiten ressourcenorientiert und geben dem Patienten eine persönliche und positive Rückmeldung. Interpersonelle Konflikte oder Auseinandersetzungen zwischen Patient und Therapeut, die in der ambulanten Therapie durchaus Teil der therapeutischen Arbeit sind, finden nur selten statt.

Cook und Doyle (2002) verglichen anhand des Working Alliance Inventory (WAI) die Bewertung der therapeutischen Beziehung einer Onlinetherapie mit derjenigen einer ambulanten Psychotherapie. Dabei zeigte sich, dass die therapeutische Beziehung überraschenderweise in der Onlinetherapie insgesamt als signifikant besser bewertet wird als die direkte face-to-face-Therapie. Dieses Resultat sollte aufgrund einer kleinen Stichprobe nicht überbewertet werden, dennoch ist die Tendenz positiver Einschätzungen erkennbar. Anknüpfend an diese Untersuchung untersuchten Knaevelsrud und Maercker (2006) in ihrer deutschsprachigen Therapiestudie für Posttraumatische Belastungsstörung explizit die therapeutische Beziehung im Internet. Die therapeutische Beziehung wurde nach der vierten und letzten Schreibsitzung erfasst. Interessanterweise

bewerteten die Patienten bereits nach der vierten Schreibsitzung auf einer Skala von 1 bis 7 die Beziehung durchschnittlich mit einem Wert von 5,8, der für diese frühe Behandlungsphase als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Diese Bewertung verbesserte sich weiterhin signifikant nach Abschluss der Behandlung. Die Resultate dieser Untersuchung deuteten daraufhin, dass die therapeutische Beziehung im Internet sogar als besser eingeschätzt wird als in vergleichsweise ähnlichen face-to-face-Therapien für PTBS. Diese ersten Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Internet lassen vermuten, dass die therapeutische Kommunikation im Internet eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt, die den Verlauf der Therapie positiv beeinflussen kann.

Bargh, McKenna und Fitzsimons (2002) untersuchten in mehreren Experimenten die speziellen Aspekte der Internetkommunikation. So konnte sowohl eine größere Bereitschaft offen über sich selbst zu sprechen als auch eine Projektion von positiven Eigenschaften auf den anderen in ihren Studien festgestellt werden. Im Rahmen eines Experiments wurden Probanden gebeten, sich entweder 40 Minuten in einem Chatroom oder in einer normalen Gesprächssituation mit einer ihnen unbekannt Person zu unterhalten. Vor dem Experiment füllten beide Teilnehmergruppen einen Fragebogen zu den Eigenschaften ihres „idealen Freundes“ aus. Nach dem Experiment wurden beide Probandengruppen aufgefordert, den jeweiligen Gesprächspartner in Bezug auf seine Eigenschaften zu beurteilen. Das Ergebnis zeigte, dass die Chatgruppe ihre Gesprächspartner signifikant höher mit den Eigenschaften des „idealen Freundes“ in Zusammenhang stellte, während diese Beziehung bei der normalen Gesprächssituation nicht gefunden wurde.

Das heißt, die fehlenden Informationen über den Gesprächspartner können bei der interpersonalen Wahrnehmung mitunter positive Phantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigern können (Walther, 1996). Es kann vermutet werden, dass ähnliche Mechanismen bei der



internetbasierten Therapie ebenfalls eine Rolle spielen.

## Vor- und Nachteile der Onlinetherapie

Einer der wesentlichen Vorteile der Onlinetherapie ist, dass den Betroffenen eine Therapieteilnahme ermöglicht wird, die sonst aus geografischen, finanziellen, zeitlichen, persönlichen oder anderen Gründen keine Therapie in Anspruch nehmen würden. Das niedrigschwellige Angebot ermöglicht eine breitere und verbesserte Versorgung der Menschen, die zwar Hilfe benötigen, aber nicht erhalten oder nicht in Anspruch nehmen. Die Kommunikation, die ohne soziale und nonverbale Signale zwischen Therapeut und Patient stattfindet, stellt einen weiteren möglichen Vorteil dar. Diese fehlenden Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Patient und Therapeut, wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, sozialer Status, können zu einer verstärkten Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen. Informationslücken können bei der interpersonellen Wahrnehmung Fantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigert (Walther, 1996). Das Phänomen der „Telepräsenz“, das Gefühl (oder die Illusion), dass ein realer oder virtueller Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er/sie physisch abwesend ist, ermöglicht eine erhöhte Offenheit (Suler, 2004). Dies kann vor allem bei Patienten, die an stigmatisierenden Symptomen oder Erlebnissen leiden, zu einem reduzierten Schamerleben führen. Gerade diese Patienten vermeiden oft aus Schamgefühlen den therapeutischen Kontakt. Aber auch die erhöhte Verfügbarkeit für Menschen, die sonst nicht die Möglichkeit einer psychologischen Behandlung hätten (Sprachprobleme, körperliche Immobilität, Therapieplatz) beschreibt einen deutlichen Vorteil der Onlinetherapie gegenüber der ambulanten Therapie (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004). Ein weiterer wichtiger Punkt in der Internetbehandlung stellt die Transparenz des Therapieprozesses dar. Die Archivierbarkeit der Texte bietet nicht nur den Patienten ei-

ne neue Möglichkeit, den Therapieverlauf später noch einmal zurückzuverfolgen, sondern stellt auch für die Therapeuten neue Optionen in ihrer Arbeitsweise dar. So können die Therapeuten zum einen durch die asynchrone, zeitversetzte Kommunikation zunächst ihre Antwort genau reflektieren und sind nicht gezwungen, sofort den Patienten zu antworten. Aber es ermöglicht auch dem Supervisor, den therapeutischen Prozess anhand der Texte der Patienten detailliert zu verfolgen. Ein Vorteil der Onlinetherapie gegenüber der normalen Psychotherapie liegt mit Sicherheit auch darin, dass eine stärkere Verlagerung in Bezug auf Anwendung und Nutzung von störungsspezifischen Therapiemanualen stattfindet. Durch die starke Strukturierung in Form von Behandlungsmanualen kommt dem Patienten bei der internetgestützten Behandlung in der Regel eine *best-practice* der Kognitiven Verhaltenstherapie auf Grundlage evidenzbasierter Studien zu gute. Denn häufig führt gerade im klinischen Alltag die starke Konzentration auf die therapeutische Beziehung zu einer Vernachlässigung eines manubasierten Arbeitens. Nicht selten erhält eine Therapie eine eigene Dynamik und evidenzbasierte Therapiemanuale werden bestenfalls nur durch den Einsatz einzelner Behandlungsmodule angewandt.

Dennoch können Faktoren, die als Vorteile gewertet werden, in diesem Zusammenhang immer auch ein gewisses Risiko beinhalten. So bietet ein rein textbasierter Kommunikationsaustausch eine erhöhte Gefahr der falschen Interpretation des Geschriebenen. Patienten und Therapeuten, die Schwierigkeiten haben, sich schriftlich adäquat auszudrücken, ihre Gefühle und Gedanken über Geschriebenes zu vermitteln, haben in einer Onlinetherapie ein erhöhtes Risiko missverstanden oder missinterpretiert zu werden. Durch die asynchrone Kommunikation ist ein direktes Nachfragen nicht möglich.

Allerdings gibt es auch mögliche Einschränkungen, die noch weiter untersucht werden sollten: Die gegebene Anonymität macht es dem Therapeuten zum Beispiel in Krisensituationen (Suizidalität) beinahe unmöglich, angemessen und schnell zu handeln. Auch fehlende nonverbale Signale

1/3

le können zur Folge haben, dass Verzerrungseffekte wie z. B. Missverständnisse, auf der Seite des Gegenübers schwieriger zu bemerken und zu korrigieren sind (Knaevelsrud et al., 2004). Deshalb ist es besonders wichtig, gegenüber dem Patienten eine maximale Transparenz (z. B. Name der Einrichtung, telefonische Erreichbarkeit) zu gewährleisten. Ebenso bedeutsam ist es für die Kontinuität und Verbindlichkeit im Kontakt, einen festen Kontaktmodus vor der Behandlung festzulegen (z. B. festgelegte Schreibtermine des Patienten und Termine für die Reaktionsantworten des Therapeuten). Ein weiterer ernstzunehmender Nachteil der Onlinetherapie ist, dass diese Therapie nicht für alle Patienten geeignet ist. Eine Reihe von Patientengruppen müssen vorab ausgeschlossen werden, z. B. suizidale Patienten oder Patienten, die dissoziative oder psychotische Tendenzen haben. Aber auch Patienten, die an komorbiden Störungen leiden, können derzeit nur unzureichend in einer störungsspezifischen Internettherapie behandelt werden. Dies bedeutet, dass die Onlinetherapie für eine große Anzahl von Patienten, die allerdings im ambulanten Psychotherapiealltag nicht selten vorkommen, nicht die richtige Behandlungsform ist.

## Ausblick

Internetbasierte Psychotherapie stellt nicht eine Konkurrenz zu bisherigen ambulanten Psychotherapien dar, sondern bietet eine Reihe von Ergänzungsmöglichkeiten für eine bestimmte Gruppe von Patienten. So profitieren von dieser neuen Therapieform insbesondere Patienten, die entweder aufgrund von langen Wartezeiten unterversorgt sind und deshalb keine Therapie erhalten oder die spezifische Therapieangebote benötigen (z. B. Psychotherapie nach pränatalem Verlust) oder prinzipiell den Gang zum Psychotherapeuten aufgrund von Schamgefühlen scheuen (z. B. Opfer von sexuellem Missbrauch). Die Resultate der vorgestellten Studien stimmen weitgehend darin überein, dass die Therapien, sofern sie therapeutisches Feedback involvierten, durchaus vergleichbar mit entsprechenden face-to-face-Therapiewirksamkeitsstudien sind. Dennoch gibt es viele offene Frage-

stellungen und Forschungsbedarf dahingehend, dass bisher sehr wenig darüber bekannt ist, für welche Patientengruppen eine internetgestützte Therapie eher geeignet ist als für andere. Wenig bekannt sind auch eher technische Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Gestaltung oder das Design der Webseite. Die meisten der bisher durchgeführten Studien finden im universitären Kontext statt, das heißt, die Webseiten vermitteln alleine dadurch häufig eine größere Vertrauenswürdigkeit als ein privater oder kommerzieller Anbieter. Die Frage, inwieweit sich Studienergebnisse in den psychotherapeutischen Versorgungsalltag erfolgreich transferieren lassen, stellt sich. Während in Psychotherapiestudien sehr selektiv Patienten nach Ein- und Ausschlusskriterien ausgesucht werden müssen, bietet der therapeutische Alltag andere Herausforderungen mit Patienten, die an den verschiedensten komorbiden Störungen leiden. Ein weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem in Bezug auf die Frage: Welche Persönlichkeitseigenschaften sollte ein Patient mitbringen, damit er optimal von einer solchen Behandlung profitiert? Ebenso Faktoren des Therapieprozesses sind weitgehend unerforscht. Die bisher wenigen Untersuchungen in diesem Bereich beziehen sich vorwiegend auf die therapeutische Beziehung.

Sowohl die Vorteile und möglichen Einschränkungen als auch offene Fragestellungen der internetbasierten Therapie zeigen, dass diese noch nicht abschließend aufgrund der bisherigen Datenlage zu beurteilen sind und die Durchführung empirischer Studien in der Versorgungsforschung notwendig ist. Gerade im deutschsprachigen Raum ist die Anzahl der durchgeführten Studien noch sehr begrenzt.

## Literatur

Almer, S. & Warntjen, M. (2009). Psychotherapie und Internet. *Psychotherapeut*, 54 (5), 393-396.

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (3), 175-180.

Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 1.

Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.

Barak, A., Hen, L. & Boniel-Nissim, M. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2/4).

Bargh, J., McKenna, K. & Fitzsimons, G. (2002). Can you see the real me? Activation and expression of the „true self“ on the Internet. *Journal of Social Issues*, 58 (1), 33-48.

Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 159-170.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V. et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (10), 1321-1333.

Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L.L. et al. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (2), 16.

Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C. et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (3), 14.

Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 5 (2), 95-105.

Cuijpers, P., Marks, I.M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2), 66-82.

Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (2), 169-177.

- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: a controlled naturalistic study. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 76 (4), 219-225.
- Kaldo, V., Levin, S., Widarsson, J., Buhrman, M., Larsen, H.C. & Andersson, G. (2008). Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (4), 348-359.
- Kalntenthaler, E., Parry, G., Beverley, C. & Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193 (3), 181-184.
- Knaevelsrud, C., Jager, J. & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Logo*, 14 (3).
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8 (4), 31.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2010). Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (1), 72-77.
- Knaevelsrud, C., Wagner, B., Karl, A. & Mueller, J. (2007). New treatment approaches: integrating new media in the treatment of war and torture victims. *Torture*, 17 (2), 67-78.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 901-909.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32 (2), 73-90.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7 (3), 291-297.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37 (3), 319-328.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 7 (3), 321-326.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Internet-Based Treatment for Complicated Grief: Concepts and Case Study. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (5), 409-432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30 (5), 429-453.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 156-161.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 625-629.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2008). An Internet-Based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2009). Internet-based Preventive Intervention (CBT) for Complicated Grief: A pilot study. *Psicologia Applicata alla Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Suppl. A*.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2010, Mai). *Internetbasierte vs. ambulante Psychotherapie für Depression (RCT)*. Vortrag bei der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Mainz.
- Wagner, B., Schulz, W. & Knaevelsrud, C. (2011). *Efficacy of an Internet-Based Intervention for Posttraumatic Stress Disorder in Iraq: A Pilot Study*. Manuscript submitted for publication.
- Walther, J.B. (1996). Computer-Mediated Communication: Impersonal, Interpersonal, and Hyperpersonal Interaction. *Communication Research*, 23 (1), 3.
- Wolf, M., Maurer, W.J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-Mail in der Psychotherapie – ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 138-146.



**Dr. Birgit Wagner**

Universitätsklinik Leipzig  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Semmelweisstr. 10  
04103 Leipzig  
birgit.wagner@medizin.uni-leipzig.de



**Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker**

Universität Zürich  
Psychopathologie und  
Klinische Interventionen  
Binzmühlestr. 14/17  
8050 Zürich  
maercker@psychologie.uzh.ch