
Netz statt Couch?

Ein Überblick zu den Chancen und Grenzen von E-Mental Health

Prof. Dr. Christiane Eichenberg

Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

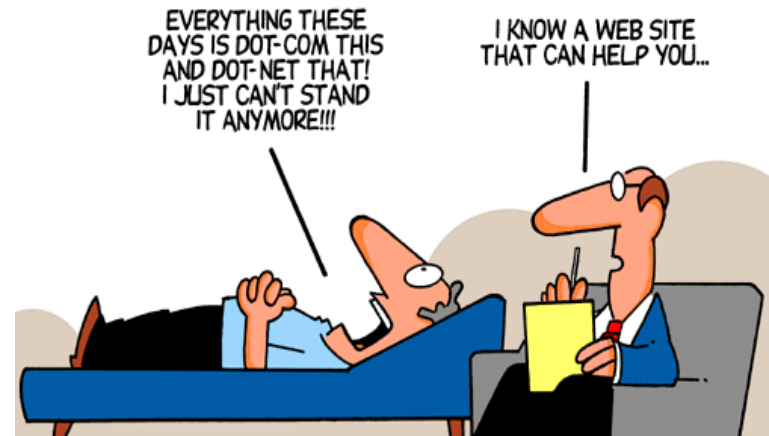
**„Hilfe aus dem Netz“
Evangelische Akademie Tutzing
14.10.2016**

Übersicht

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

Psychische Gesundheit und Internet

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



Übersicht

- Dieses Forschungs- und Praxisfeld ist inzwischen nicht mehr ganz jung, sondern befindet sich schon in der Etablierungsphase:

(1) internationale wie nationale **Herausgeberwerke** bzw. auch **Monografien** zum Thema, z.B.:

Aboujaoude, 2015; Bauer & Kordy, 2008; Weitz, 2014

Berger, 2015; Eichenberg & Kühne, 2014; Knaevelsrud, Wagner & Böttche, 2015



(2) **Fachzeitschriften**, z.B.:

Internet Interventions: www.journals.elsevier.com/internet-interventions/

CyberPsychology Behavior & Social Networking: online.liebertpub.com/loi/CYBER

Telemedicine & E-Health: online.liebertpub.com/

Journal of Medical Internet Research: jmir.org

e-beratungsjournal: www.e-beratungsjournal.net



Übersicht: Zentrale Fragen

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

Versorgungsforschung:

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

Übersicht: Zentrale Fragen

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

Wirksamkeitsforschung:

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

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

Prozessforschung:

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

Übersicht: Zentrale Fragen

2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung

Internetassoziierte psychische Störungen und Probleme:

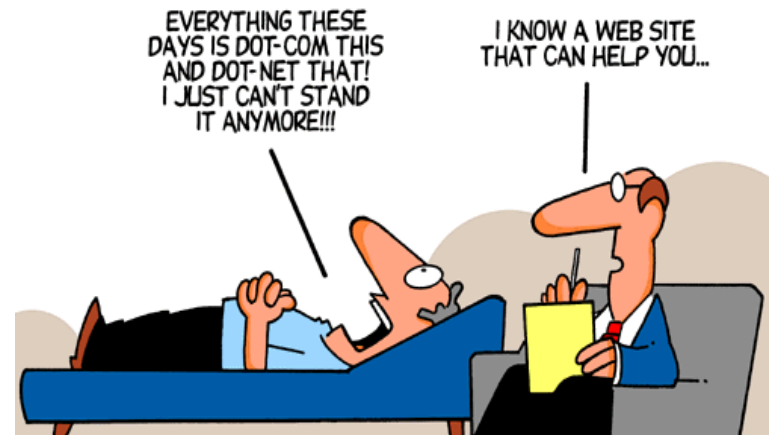
- Exzessive Nutzung (z.B. Cybersexsucht, Online-Gambling)
- Dysfunktionale Nutzung (z.B. „Cyberchondrie“?; Selbstmedikation)
- Deviante Nutzung (z.B. Cybermobbing; sexuelle Gewalt)
- Selbstschädigende Nutzung (z.B. sog. „extreme communities“: Suizid-, Pro-Ana-, SVV-Foren)

Übersicht

Psychische Gesundheit und Internet

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung



Hintergrund

- Breites Angebot an E-Mental Health Anwendungen mit zunehmend **soliderer Evidenzbasierung**
- **Gesundheitsbezogene Online-Informationen**
z.B. Depression (Zermatten et al., 2010)
- **Online-Beratung**
z.B. bei Partnerschaftsproblemen (Eichenberg & Aden, 2015), Essstörungen (Moessner & Bauer, 2012)
- **Online-Therapie**
Internetbasierte CBT-Programme v.a. bei Depression (Andersson & Cuijpers, 2009; Andersson et al., 2012), Angsterkrankungen (Adelmann et al., 2014) u. mit F2F-CBT vgl.baren Effektstärken (Cuijpers et al., 2014).
- **Virtual Reality Anwendungen**
v.a. bei Angststörungen (Safir & Wallach, 2011; Eichenberg & Wolters, 2012)
- **Serious Games**
v.a. für Kinder u. Jugendliche (Eichenberg & Schott, in press; Fleming et al., 2015)

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- Wirksamkeitsforschung:

1. Online-Beratung und Online-Therapie
2. Virtuelle Realitäten-Anwendungen
3. Serious Games

- Versorgungsforschung:

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

1. Online-Beratung und Online-Therapie

■ Begriffliche Klärung

– Eichenberg & Kühne (2014):

(1) Online-Beratung: synchron / asynchron, Non-Profit bzw. Profit-Angebote

(2) Online-Psychotherapie: ausschließlich online oder als Ergänzung zum face-to-face-Setting.

– Berger & Andersson (2009): Unterscheidung nach

(1) Kommunikationsanwendungen wie E-Mail o. Videokonferenz

(2) Informationsvermittlungs- und Lernmedien in Form von webbasierten Selbsthilfeprogrammen ohne Kontakt zur Beratern bzw. Therapeuten

– Haaga (2000):

Stepped-Care-Modelle

1. Online-Beratung

1. Wirksamkeit von Online-Beratung

- Hat sich in internationalen Studien als erwiesen (Mallen et al., 2005)
- Nationale Studien:
 - lange Zeit Nachholbedarf konstatiert (Reindl, 2009)
 - wenige Evaluationsstudien im engeren Sinne, aber diese auch Wirksamkeit nachgewiesen (z.B. Eichenberg & Aden, 2015)



1. Online-Beratung

Studie: Vorbefrag.: $N= 338$; Nachbefrag.: $N= 134$; Vor- u. Nachbefrag.: $N= 79$
66% weibl., 34% männl., **Alter:** $M= 25,0$ ($SD= 9,7$, Range: 13-48 J.)

Ergebnisse: Motive der Ratsuchenden

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

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

* Antworten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft vollkommen zu) 13

1. Online-Beratung

Erleben der Beratung

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

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

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

1. Online-Beratung

Evaluation: subjektive Kriterien

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

Evaluation: objektive Kriterien

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

- ➔ Die Befragten beschreiben sich nach der Online-Beratung als signifikant weniger depressiv ($d= 0.39$) und ängstlich ($d= 0.42$).
- ➔ Nach der Intervention sind deutlich weniger Ratsuchende als überdurchschnittlich belastet einzuschätzen.

1. Online-Therapie

Beispiel: HausMed PraxisCoach Depression

www.hausmed.de/hausmedcoach/depression

Mein Coach
Depression verstehen

Meine Schritte bei Schwermut: Woche 1, **Woche 2: Depression verstehen**, Woche 3: Angewandte KI Hilfen, Woche 4: Gedankenexperimente durchbrechen

Meine Bilanz
Letzte Woche: 09.09.2011 - 15.09.2011
Befinden: ● Befinden, ● Aktivität
Meine Gesundheitsziele

Meine Aufgaben

- Tagesprotokoll ausfüllen
- Angenehme Tätigkeiten planen
- Gedankenexperimente planen
- Eine Entspannungstechnik ausprobieren
- Gesundheitsziele planen

Zusätzliche Materialien

- Mein Body
- Audio zum Anhören
- Meine Vorleseung

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Coach?
Dann empfehlen Sie Ihren HausMed Coach doch weiter und verhehlen Sie Ihren Freunden auch zu einem gesünderen Leben.
[Empfehlung senden]

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

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

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

Entstehung der Depression

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

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

Startseite > Mein HausMed > Mein Coach > Aufgabe

Mein Coach
Gedankenexperimente durchbrechen

Meine Schritte bei Schwermut: Woche 1: Erste Schritte bei Schwermut, Woche 2: Depression verstehen, Woche 3: Angewandte KI Hilfen, **Woche 4: Gedankenexperimente durchbrechen**

Meine Bilanz
Letzte Woche: 09.09.2011 - 15.09.2011
Befinden: ● Befinden, ● Aktivität
Meine Gesundheitsziele

Meine Aufgaben

- Tagesprotokoll ausfüllen
- Angenehme Tätigkeiten planen
- Gedankenexperimente planen
- Eine Entspannungstechnik ausprobieren
- Gesundheitsziele planen

Zusätzliche Materialien

- Mein Body
- Audio zum Anhören
- Meine Vorleseung

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Coach?
Dann empfehlen Sie Ihren HausMed Coach doch weiter und verhehlen Sie Ihren Freunden auch zu einem gesünderen Leben.
[Empfehlung senden]

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

Ihre Aufgabe für diese Woche
Schreibweise Analyse negativer Gedanken und Gedankenexperimente

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

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

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

Wirksamkeit von Online-Therapie (1/2)

- Über **100 störungsspezifische Wirksamkeitsstudien** zu internetbasierten Psychotherapieangeboten (Berger, 2015)
- Positive Wirksamkeitsnachweise v.a. bei **kognitiv-behavioral** orientierten u. oftmals (minimal) guided Online-Interventionsprogrammen bei **Angststörungen** und **Depression** (zur Übersicht Eichenberg & Ott, 2012; Adelman et al., 2014; Andrews et al., 2010; Dear et al., 2015; Hedman et al., 2011a; Ye et al., 2014)
- Vgl.bare Effekstärken von **internetbasierter vs. face-to-face geführter Verhaltenstherapie** (Berger, 2015; Cuijpers et al., 2014; Hedman et al., 2011)
- Interventionsprogramme, die **therapeutisch unterstützt** werden, sind wirksamer als jene ohne therapeutischen Kontakt (Berger, 2015; Spek et al., 2007).

Wirksamkeit von Online-Therapie (2/2)

- Vergleichsweise noch wenig Evidenz für **Langzeiteffekte** (18-Monats-Katamnese z.B. PTBS-Online-Therapie: Knaevelsrud & Maercker, 2010)
- *efficacy* und *effectiveness*: erste Belege für **"Alltagswirksamkeit"** (Andersson & Hedman, 2013)
- **Therapieschulenvergleich: psychodynamisch** konzipiertes angeleitetes Online-Programm **genauso effektiv wie kognitiv-behavioral** orientiertes (am Beispiel der Generalisierten Angststörung: Andersson et al., 2012).
- **Psychodynamisches** Online-Nachsorgeprogramm für beruflich stark belastete Rehabilitanden in RCT belegt (Becker et al., 2014)

Onlineplattform (www.online-nachsorge.de)



Registrierung

Persönlicher Code 

[zur Registrierung](#)

Login

Benutzername

Passwort

Eingeloggt bleiben 

[Login](#) [Passwort vergessen?](#)

1. Online-Therapie

Therapeutischen Beziehung im Online-Setting

- **Mediumsbedingte Unterschiede** in der therapeutischen Beziehung im Online-Setting im Vergleich zum traditionellen.
- **Besonderheiten**, z.B.: gesteigerte Projektion, Übertragungs- u. Gegenübertragungsprozesse, disinhibition-effect (Suler, 2004)
- **positive u. stabile therapeutische Beziehung** lässt sich auch online aufbauen (z.B. Knaevelsrud & Maercker, 2007; Jasper et al., 2014; Andersson et al., 2012) u. zeigt sich als Wirkfaktor (z.B. Eichenberg & Aden, 2015; Cavanagh & Millings, 2013; Svartvatten et al., 2015).
- **Ungeklärt:** Welche Personen entwickeln bei welcher therapeut. Richtung in welchem Setting (offline, online, gemischt: blended-counseling/therapy) welche Qualität an therapeut. Beziehung?

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- Wirksamkeitsforschung:

1. Online-Beratung und Online-Therapie

- 2. Virtuelle Realitäten-Anwendungen**

3. Serious Games

- Versorgungsforschung:

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

2. Virtuelle Realitäten in laufenden Behandlungen

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

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

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

Bsp.: (Filmausschnitt, Universität Groningen)

www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/Treatment_of_Anxiety/fobiebehandeling

Anwendung in der Psychotherapie:

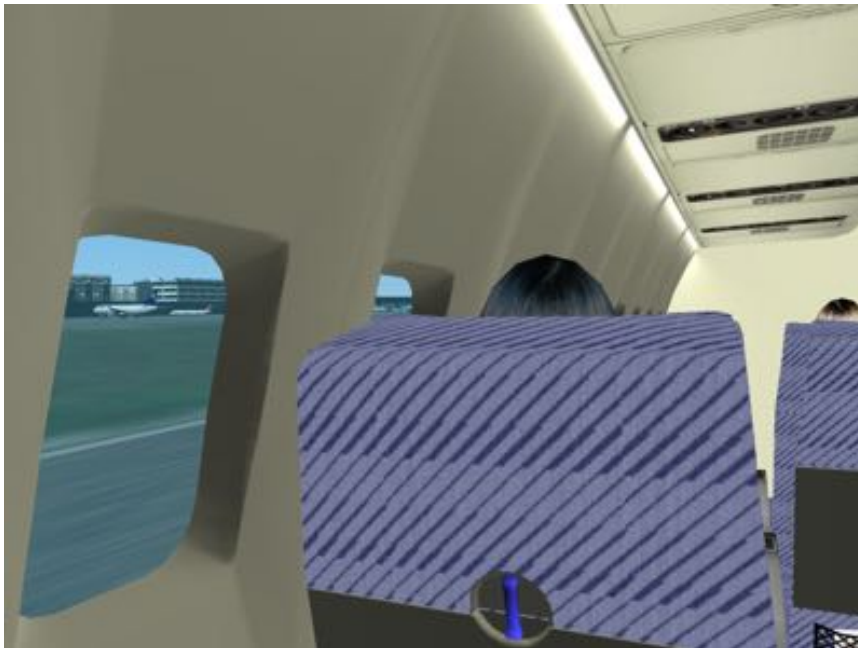
VR-Anwendungen als Mittelweg zwischen in vivo- und in sensu-Konfrontation



Beispiel: Flugangst

Vorteile der Behandlung von Flugangst mit Hilfe einer VR

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



Beispiel: Spinnenphobie

Fallbeispiel (aus Carlin et al., 1997)

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

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

Beispiel: Spinnenphobie

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

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

Beispiel: Spinnenphobie

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

Nach Beendigung der Therapie zeigte sich eine merkliche Angstreduktion.

Während sie zu Beginn der VR-Sitzungen ihre erlebte Angst bei der kombinierten visuell-taktilen Konfrontation auf einer Skala von 1-10 auf 7,9 einstuft, gab sie am Ende nur noch einen Level von 3 an u. zeigte keine physischen Symptome mehr.

Im Vergleich zu 280 Studenten, die ebenso wie Mrs. M. eine Skala zur Messung des Ausmaßes von Spinnenphobie ausfüllten, hatten 29% eine gleich hohe oder höhere Angst vor Spinnen wie die Patientin.



Beispiel: Spinnenphobie

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



Quelle:
[www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/
Treatment_of_Anxiety/hond_in_CAVE_1_medium.jpg](http://www.rug.nl/cit/hpcv/VR_visualisation/Treatment_of_Anxiety/hond_in_CAVE_1_medium.jpg)



1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- Wirksamkeitsforschung:

1. Online-Beratung und Online-Therapie
2. Virtuelle Realitäten-Anwendungen

- 3. Serious Games**

- Versorgungsforschung:

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

3. Serious Games

- Serious Games werden effektiv in einem breiten Anwendungsspektrum eingesetzt: z.B. Gesundheitswesen, Bildungssektor, Management usw.
- Hingegen steckt die systematische Nutzung in der **Psychotherapie** noch in den Anfängen:

Wie ist der aktuelle Stand der Forschung in Bezug auf die Anwendung von Serious Games bei psychischen Störungen?

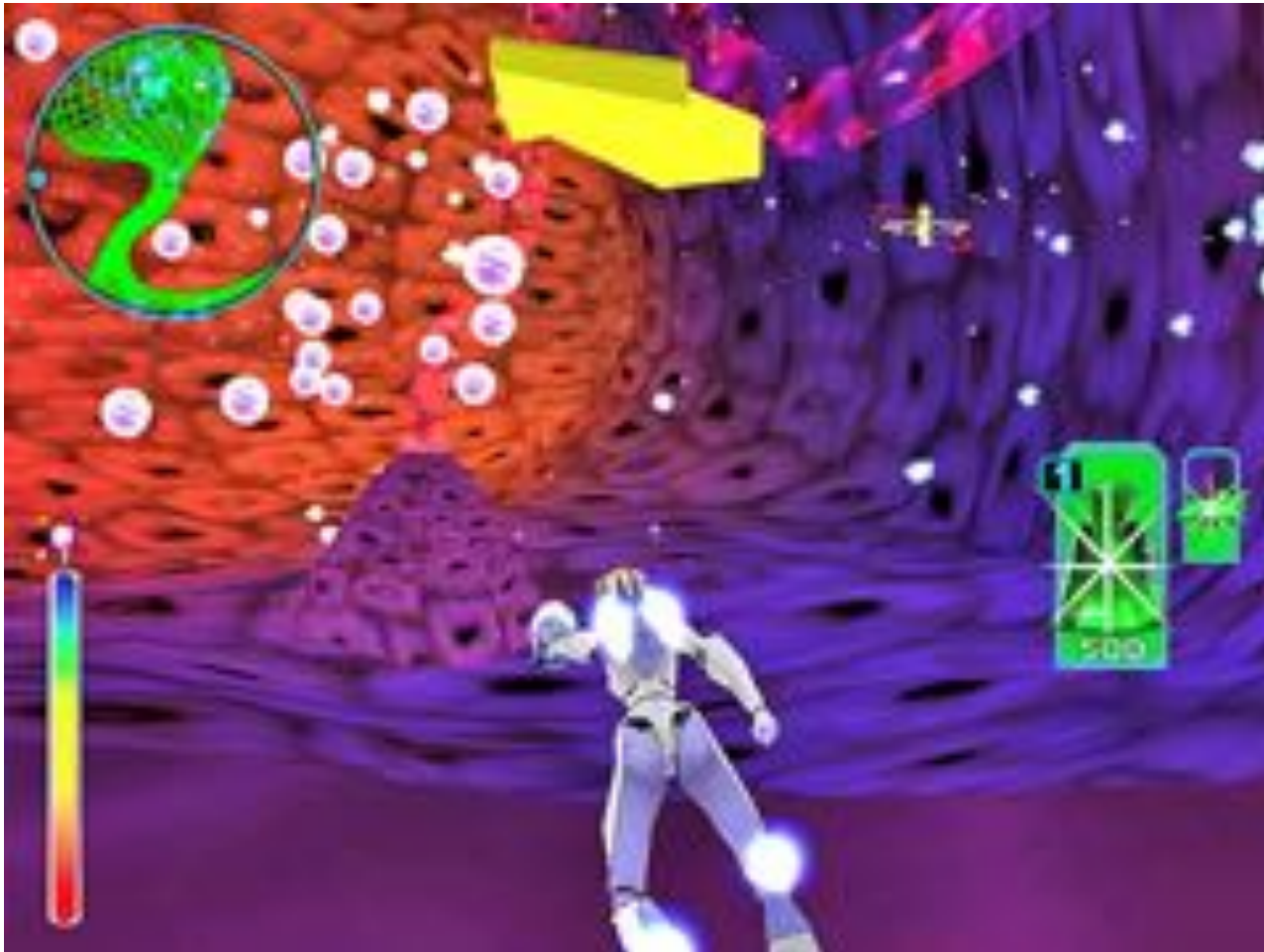
3. Serious Games

Systematisches Review: *N*= 20 Studien (Eichenberg & Schott, under review)

Disorder	Serious game	Author(s)	Year
Specific Phobia	Cockroach Game	Botella et al.	2010
		Botella et al.	2011
		Bretón-López et al	2010
PTSD	CHARLY	Zimmermann et al.	2013
Anxiety Disorder	Camp Cope-A-Lot	Khanna & Kendall	2010
Depression	SPARX	Merry et al.	2012
		Fleming et al.	2012
Asperger's Syndrom	The Junior Detective Training Program	Beaumont & Sofronoff	2008
Attention Deficit Disorder	Play Attention	Siglin & Logic	2000
		Asthon	2001
		Steiner et al.	2014a
		Steiner et al.	2014b
Impulse Disorder	Playmancer	Fernandez-Aranda et al.	2012
		Murica-Jimenez et al.	2009
Cancer Rehabilitation	Re-Mission	Tate, Haritatos & Cole	2009
		Kato et al.	2008
		Beale et al.	2007
General Psychotherapy	Treasure Hunt	Brezinka	2009
		Brezinka	2011
		Brezinka	2014 30

3. Serious Games

Beispiel: Psychoonkologie: Re-Mission



www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=kjLdu7SEMNs

3. Serious Games

Beispiel: Angststörungen: Camp Cope a lot



Preview: www.cope-a-lot.com/fearplan.swf

1. Klinisch-psychologische Intervention mit dem Internet

- **Wirksamkeitsforschung:**

1. Online-Beratung und Online-Therapie
2. Virtuelle Realitäten-Anwendungen
3. Serious Games

- **Versorgungsforschung:**

1. Nachfrage medienunterstützter Behandlung

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Fragestellungen

Internet als Informationsmedium

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

Internet als Interventionsmedium

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

Medien in der Psychotherapie

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

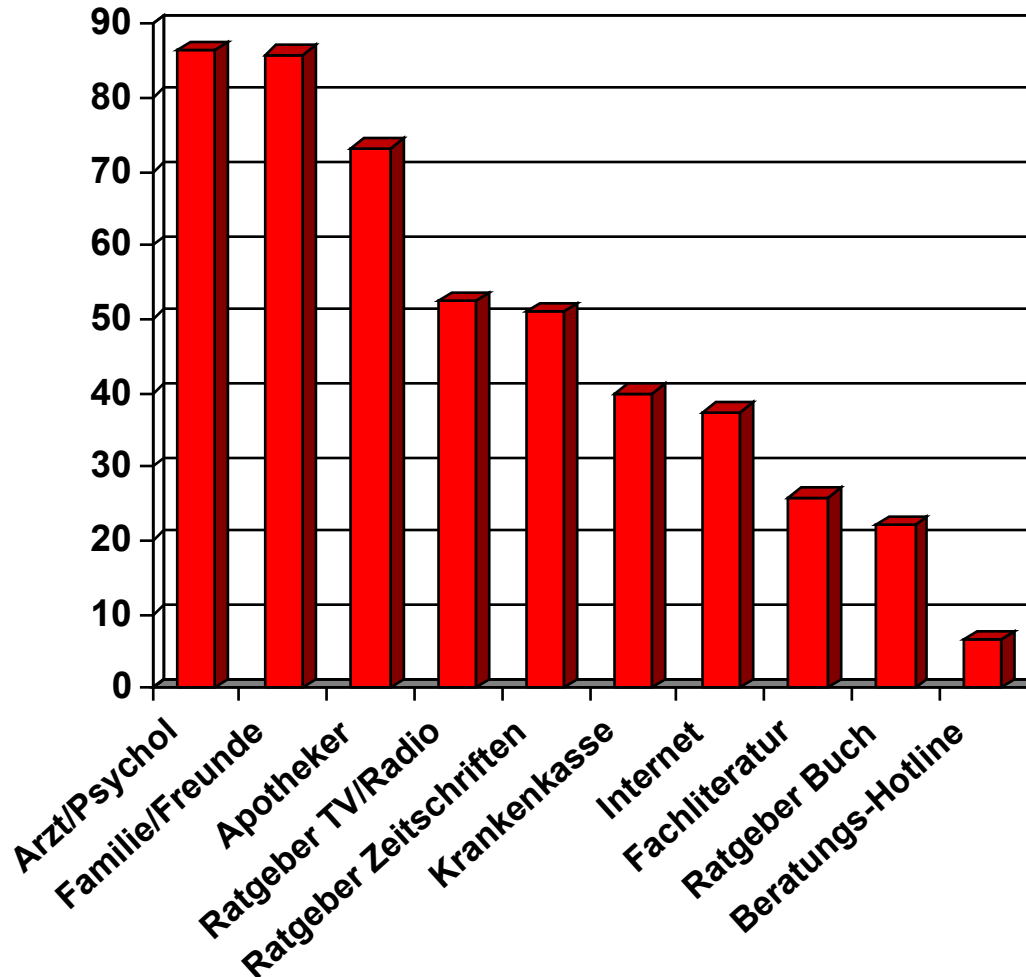
Methode

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

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

- Welche Medien werden als Informationsquelle bei Gesundheitsfragen genutzt?



Bezugsbasis für Grafik:
N= 2.411 Deutsche

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

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

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

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

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Ergebnisse: Internet als Informationsmedium

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

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

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Ergebnisse: Internet als Interventionsmedium

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

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

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

Einstellung zu und Inanspruchnahme von (potenziellen) Patienten

Ergebnisse: Medien in der Psychotherapie

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



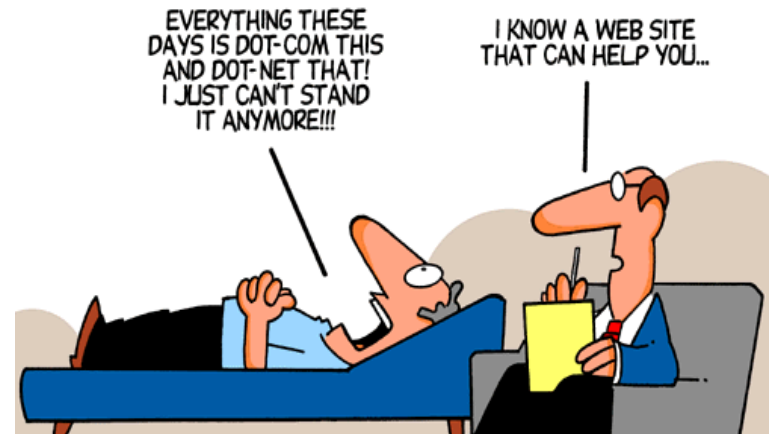
Behandlungsmöglichkeiten um Angst zu überwinden (1: sehr unwahrscheinlich – 5: sehr wahrscheinlich)	<i>M</i> (<i>SD</i>) <i>N</i> = 2.411	<i>M</i> (<i>SD</i>) <i>N</i>	<i>Sign.</i>
Herkömmliche persönliche Psychotherapie	3,4 (1,3)	3,4 (1,3) <i>N</i> = 2.411	
Handygestützte Behandlung (Co-Präsenz bei Expositionsübungen)	1,8 (1,0)	1,9 (1,1) <i>N</i> = 1.816*	<i>p</i> < .001
Virtuelle Realitäten (z.B. Simulation von Flugsituation)	1,7 (1,0)	2,0 (1,1) <i>N</i> = 1.412**	<i>p</i> < .001
Internet gestützte Behandlung (Protokoll basiert)	1,7 (1,0)	2,0 (1,1) <i>N</i> = 1.408***	<i>p</i> < .001

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

Übersicht

Psychische Gesundheit und Internet

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



2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung

Internetassoziierte psychische Störungen und Probleme:

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

1. Exzessive Nutzung

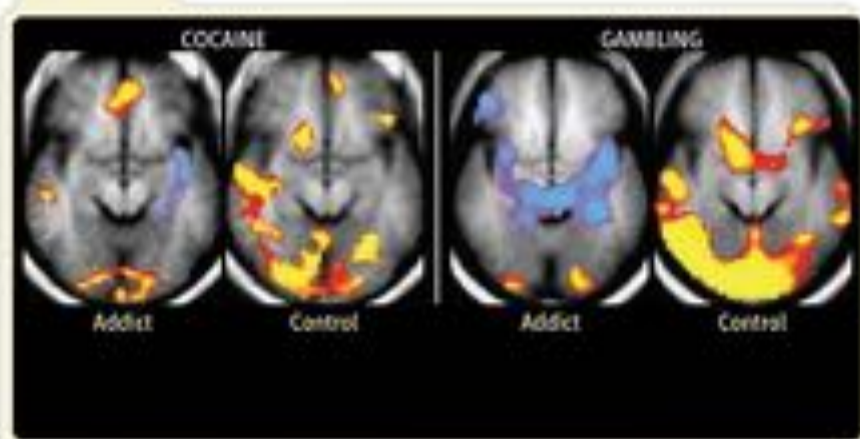
Internetsucht

INTERNETSUCHT
ONLINESUCHT
COMPUTERSPIELSUCHT
PATHOLOGISCHER PC-GEBRAUCH
INTERNET ADDICTION
INTERNET USE DISORDER...



Behavioral Addictions Debut in Proposed DSM-V

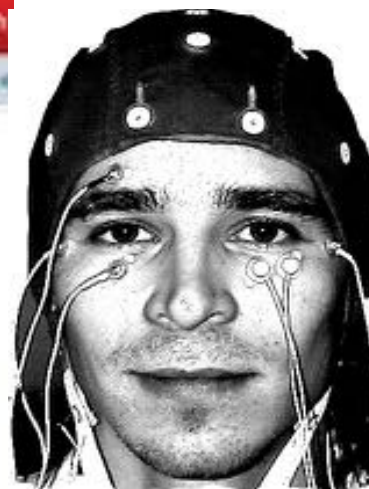
Science 19 February 2010
 vol. 327 no. 5958 935



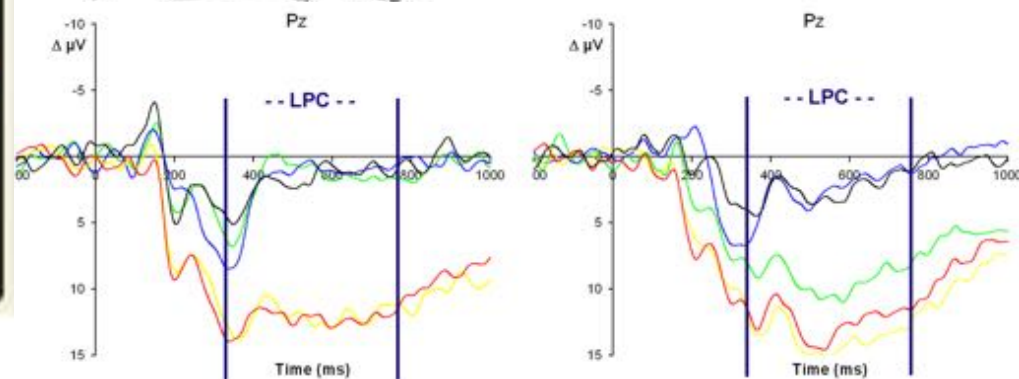
Hooked.

Brains of pathological gamblers watching a gambling video resemble those of cocaine addicts watching a cocaine video, with relatively less activation in regions implicated in judgment and motivation. Differences may be due to the toxic effects of cocaine exposure.

CREDIT: YALE



Neurobiologische Ähnlichkeiten zwischen Substanz- und Verhaltenssucht



Wölfling, Duven, Albrecht, Mörsen, Grüsser & Flor (2011)



Prävalenz der Internetabhängigkeit in Deutschland

- ca. **1 %** der 14- bis 64-jährigen Deutschen gelten als internetabhängig (das entspricht rund 560.000 Menschen)
- **4,6 %** der 14- bis 64-jährigen Deutschen (ca. 2,5 Mio. Menschen) = problematische Internetnutzer
- bei den 14- bis 24-Jährigen ist die Verbreitung am größten: 2,4 Prozent abhängige und 13,6 Prozent problematische Internetnutzer
- bei den 14- bis 16-Jährigen sind deutlich mehr Mädchen (4,9 %) als Jungen (3,1 %) internetabhängig.



Folgestudie: Prävalenz der Internetabhängigkeit: Diagnostik und **Risiko**profile (PINTA-DIARI) Deutschland 2013

Ergebnisse:

- **Risikofaktoren:**
 - Höhere Nutzungsdauer
 - Hauptnutzung Online-Spiele
 - **Abhängige Sozialer Netzwerke vorwiegend (jüngere) Frauen**
 - Komorbidität v.a. affektive Störungen, ADHS
 - Signifikante Beeinträchtigungen im Alltag
 - **Hauptaktivität von Abhängigen:**
 - 36,6% Online-Spiele
 - 36,6% Soziale Netzwerke
 - 26,8% andere Internetanwendungen (inkl. Pornographie/Erotik)
- ⇒ kein Unterschied zwischen hinsichtlich Beeinträchtigungen und Abhängigkeitsmerkmalen

1. Internetsucht

Nach aktuellem Kenntnisstand wirken bei der Behandlung von Internetsucht / auf die Reduktion von Onlinezeiten:

- Problemanalysen des Internetnutzungsverhaltens
- Abstinenzfokussierung und Strategien der Kontrolle des Konsums, Motivationstechniken, z.B.“ change talk“
- Arbeit an Tagesstruktur und Online-Zeitmanagement
- Vertragserstellung und Notfallkarten
- Verbesserung sozialer Beziehungen
- Verbesserung der sexuellen Funktionsfähigkeit / Partnerschaftlichkeit



**Klinische Umsetzung:
ein verhaltenstherapeutisches Manual**

2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung

Internetassoziierte psychische Störungen und Probleme:

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

3. Selbstschädigende Nutzung

Suizid-Foren

Datum: 02.09.2000

Hello a.s.h. readers,

This is my first posting to this newsgroup, so if this message is inappropriate for this group, please accept my apologies. Also, this message is only for people determined to kill themselves, so if this is not your desire, you can stop reading now.

I am planning on committing suicide, and I've been thinking about this for quite some time (years), it's not some impulse decision. But, and this may sound a bit bizarre to some I guess, I would like to do this together with someone else. So, if someone else has similar wishes, please get in touch with me. I live in Norway, so it would be best if you live somewhere near (by this I mean Northern Europe, I am willing to do some travelling / alternatively pay for your ticket to get here, if funds are tight)

Any serious replies are welcome, send me a mail and we can arrange it. Do-gooders and trolls, save yourself the trouble and go on to the next posting.

Yours, Dan

Quelle: Newsgroup alt.suicide.holiday
Start: 1986
Archivierte Postings:
1990-dato: < 200.000 Threads
Februar 2006: 19.568 Postings
Mai 2012: 10.970 Postings

3. Selbstschädigende Nutzung

Medienbericht über den ersten bekannt gewordenen „Online-Suizid-Pakt“

PREKESTOL-TRAGEDIEN
Inngikk dødspakt

-Planla selvmordet på Internett

BERGEN/STAVANGER/OSLO (VG) Paret som hoppet i døden fra Prekestolen i Rogaland, en østerriksk jente og en norsk gutt, traff hverandre etter alt å dømme på Internett og inngikk en selvmordspakt der.

[TIPS ET VENN OM DENNE SAKEN! - En rekke mest populære tips!](#)

Av HARALD VIKØYR, RONNY BERG, KNUT ROSTAD, HANS PETTER AASS OG BJØRN ERIK LARSEN (foto)

I går henvendte en 19-årig jente seg til politiet i Bergen og kunne trolig presentere den groteske løsningen på det tragiske mysteriet på Prekestolen i helgen.



Hun sier hun var i personlig kontakt over Internett med mannen i 20-årene som hoppet i døden, i flere uker før han døde. VG traff henne i natt, og fikk gjennomgå de meldingene som var sendt på Internett om et planlagt selvmord.



SJEKEKR SPOR: Politiets etterforskere sjekker fotavtrykkene ytterst på Prekestolen. De to omkomne ble funnet flere hundre meter lenger ned - 15-20 meter fra hverandre i fjellura. Foto: Hugo Bergsaker

3. Selbstschädigende Nutzung

Kontroverse

GEFAHREN	NUTZEN
<ul style="list-style-type: none">▪ Ansteckungs- u. Imitationseffekte▪ Verbreitung von Suizidmethoden▪ Hinweise auf Beschaffungsmöglichkeiten von Suizidmitteln	<ul style="list-style-type: none">▪ Enttabuisierung eines gesellschaftlich stark stigmatisierten Themas▪ anonymer u. unzensurierter Austausch▪ Abbau suizidalen Handlungsdrucks durch „Methoden-Diskussionen“
„Pathologische Kommunikation“ führe zu: <ul style="list-style-type: none">▪ Schwellenerniedrigung: Abbaus von Ambivalenzen▪ Veränderten Einstellungen zum Suizid	Erleichterter Zugang zu professioneller Unterstützung: <ul style="list-style-type: none">▪ gegenseitige Ermutigung▪ Kontaktaufnahme von Professionellen
 <p>staatliche Maßnahmen zur Foren-Schließung</p>	 <p>Förderung der Selbsthilfeaktivität suizidaler Internetnutzer</p>

3. Selbstschädigende Nutzung

Fragestellungen

- Welche „suizidale Geschichte“ haben Teilnehmer/innen von Suizidforen?
- Welche Motive sind ausschlaggebend für die Partizipation?
- Welche Inhalte dominieren die Forendiskussion?
- Lassen sich verschiedene Nutzertypen identifizieren?
- Welche Effekte sind zu erwarten?

3. Selbstschädigende Nutzung

Methode

- Online-Befragungsstudien ($N = 301$) in dem jeweils am meist frequentierten Forum

im deutschsprachigen Internet ($n = 164$)

in Japan ($n = 137$)

- selbst konstruierter Fragebogen (inkl. back-translation):

Charakteristika der Nutzer/innen

Motive zur Nutzung

Ausmaß der Suizidalität



Eichenberg (2008), *CyberPsychology & Behavior*
Sueki & Eichenberg (2012), *Death Studies*

3. Selbstschädigende Nutzung

Ergebnisse: Soziodemografie u. Suizidalität der deutschen Stichprobe

- Geschlecht: w = 82 (50 %), m = 82 (50 %) (N = 164)
- Alter: 59 % < 21 Jahre, 88 % ≤ 30 Jahre

Beginn suizidaler Gedanken:

vor weniger als 1 Monat	3 %
vor 1 bis 6 Monaten	7 %
vor 6 bis 12 Monaten	4 %
vor 1 bis 2 Jahren	15 %
vor 2 bis 5 Jahren	25 %
vor mehr als 5 Jahren	34 %
nie	12 %

Suizidversuche: (N = 145)

1	27 %
2 - 3	21 %
4 - 5	3 %
mehr als 5	3 %
keine	46 %

3. Selbstschädigende Nutzung

Ergebnisse: Nutzung des Forums

0: trifft gar nicht zu
4: trifft vollkommen zu

MOTIVATION ZUR TEILNAHME (N = 164)	M	(SD)
um Menschen mit ähnlichen Problemen und Gedanken kennen zu lernen	2,51	(1,34)
um meine Probleme, die hinter Suizidgedanken stehen mitteilen zu können	1,98	(1,24)
um in einer akuten suizidalen Krise Ansprechpartner zu finden	1,71	(1,46)
Neugier	1,67	(1,54)
um anderen zu helfen	1,66	(1,33)
um meine Selbstmordgedanken loszuwerden	1,43	(1,30)
um mit Menschen mit ähnlichen Problemen die Krise zu überwinden, weil es gemeinsam leichter geht	1,41	(1,24)
um Hinweise zu effektiven Selbstmordmethoden zu bekommen	1,26	(1,56)
um Informationen über professionelle Hilfe zu bekommen finde	0,80	(1,09)
um jemanden zu finden, der sich mit mir zusammen umbringt	0,60	(1,15)
um Infos zu bekommen, wie mit Menschen mit Suizidgedanken am besten zu begegnen ist, da ich selbst zwar keine habe, aber jmd., den ich kenne	0,54	(1,15)

3. Selbstschädigende Nutzung

Faktorenmatrix der Motive zur Teilnahme	<i>konstruktiv</i>	<i>destruktiv</i>	<i>unspezifisch</i>
um meine Probleme, die hinter Suizidgedanken stehen mitteilen zu können	.76	-.15	-.21
um in einer akuten suizidalen Krise Ansprechpartner zu finden	.75	-.02	-.19
um mit Menschen mit ähnlichen Problemen die Krise zu überwinden	.74	-.20	.24
um Menschen mit ähnlichen Problemen und Gedanken kennen zu lernen	.68	-.20	-.01
um meine Selbstmordgedanken loszuwerden	.66	-.11	-.13
um Informationen über professionelle Hilfe zu bekommen finde	.62	.03	.14
um Hinweise zu effektiven Selbstmordmethoden zu bekommen	.22	.81	-.32
um jmd. zu finden, der sich mit mir zs. umbringt	.33	.78	-.23
um Infos zu bekommen, wie mit Menschen mit Suizidgedanken am besten zu begegnen ist	.13	.29	.75
% der Varianz	32	14	12

3. Selbstschädigende Nutzung

Ergebnisse: Nutzertypen

Typ 1: Der „ambivalent Hilfesuchende“

(n = 35; 21 %):

- hat am stärksten (auch) destruktive Motive
- stärker eigen-, aber kaum fremdzentrierte Inhalte

Typ 2: Der „unspezifisch Motivierte“

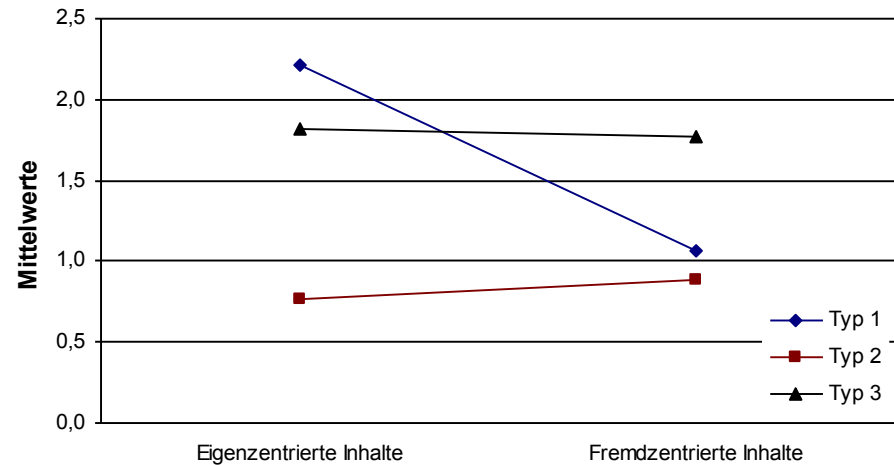
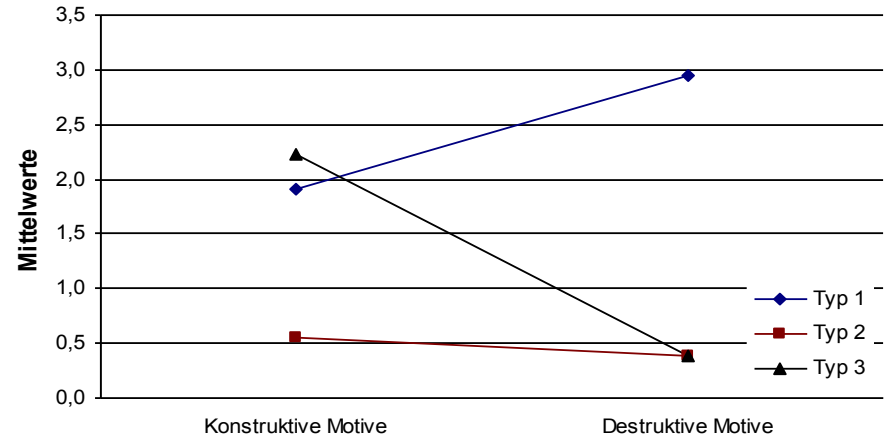
(n = 51; 31 %):

- weder stark ausgeprägte konstruktive noch destruktive Motive
- weder stark eigen- noch fremdzentrierte Inhalte

Typ 3: Der „konstruktiv Hilfesuchende“

(n = 78; 48 %):

- stark ausgeprägte konstruktive Motiven
- destruktive Motive spielen kaum eine Rolle
- gleichermaßen eigen- wie fremdzentrierte Inhalte



3. Selbstschädigende Nutzung

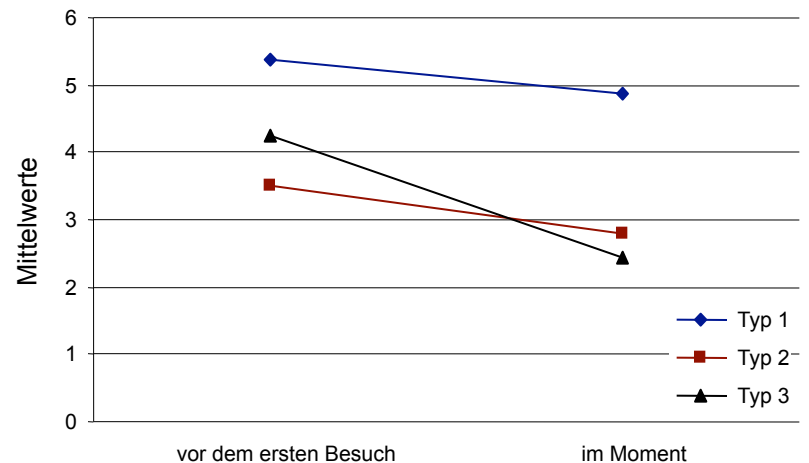
Ergebnisse: Effekte der Forumsnutzung

Ausmaß der Suizidgedanken vor der Nutzung des Selbstmordforums im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt

Ausmaß der Suizidgedanken	<i>M</i>	<i>SD</i>
vor dem Besuch des Forums	4,32	1,55
im Moment	3,08	1,90

$t(144) = 9.2; p < .01; d = 0.72, N = 145$

0: gar keine Suizidgedanken
6: sehr starke Suizidgedanken



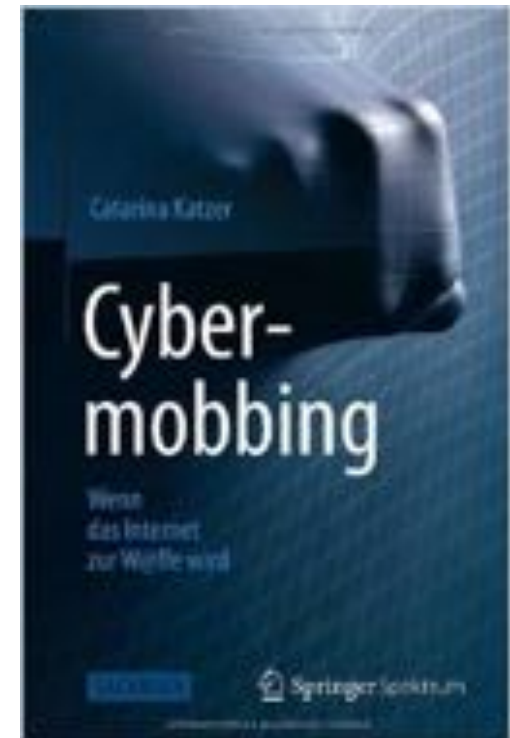
Unterschiede der Nutzertypen im Ausmaß der suizidalen Gedanken

2. Klinisch relevante Effekte der Internetnutzung

Internetassoziierte psychische Störungen und Probleme:

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

Cybermobbing



Sexuelle Gewalt

Eichenberg, C. & Auersperg (2014). Sexuelle Belästigung im Internet. In T. Porsch & S. Pieschl (Hrsg.), *Neue Medien und deren Schatten* (S. 159-190). Göttingen: Hogrefe.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Christiane Eichenberg

www.christaneeichenberg.de



1. Online-Beratung

Ergebnisse: Medienspezifische Besonderheiten der Beratungssituation

Erleben des internet-spezifischen Beratungssettings (Mittelwerte in der Reihenfolgender Zustimmung) (Nachbefragung, n = 134)*

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

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

1. Internetsucht

Manualisierte Kurzzeittherapie

- Dauer insgesamt: 4 Monate
- 8 Einzelsitzungen (alle 14 Tage, 50 min)
- 15 Gruppensitzungen (wöchentlich, je 100 min)



1. Phase: Psychoedukation & Motivation

- Störungsspezifische Psychoedukation
- Vermittlung eines biopsychosozialen Erklärungsmodells
- Motivation für Abstinenzversuch
- Therapieziele

Sitzung 1 - 3

2. Phase: Intervention

- Problem-/Verhaltensanalyse (Wochenprotokoll)
- Vermittlung funktionaler Bewältigungsstrategien (alternative Freizeit-, Lebensgestaltung, Umgang mit Gefühlen/Stress...)
- Steigerung des Selbstwerts
- Bezug zur Biographie
- Exposition mit individuellen Screenshots

Sitzung 4 - 11

3. Phase: Transfer & Stabilisierung

- Rückfallprophylaxe
- Notfallplan
- Reflexion der Therapieerfolge und Veränderungen durch die Abstinenz

Sitzung 12 - 15