



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

E-Therapy

Internetbasierte Interventionen
aus der Sicht von VerhaltenstherapeutInnen

Verfasserin

Katharina Binder

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

V.-Prof. Mag. Dr. Christian Swertz, M.A.

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage, welche Einstellungen und Erwartungshaltungen Psychotherapeuten an (therapeutische) Interventionen im Internet herantragen. Da die Nutzung und der Einsatz von neuen Medientechnologien im Alltag, aber auch im Bereich der psychosozialen Versorgung stetig wächst, wird die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen von internetbasierten Interventionen immer bedeutsamer.

Mittels leitfadengestützter Interviews wurden fünf Verhaltenstherapeuten befragt. Die Analyse der Expertengespräche zeigte, dass Nutzung und Einsatz von Interventionen im Internet stark in Zusammenhang mit der persönlichen Medienerfahrung und Medienpraxis der beteiligten Personen steht. Da sich internetbasierte Interventionen in Österreich noch in der Pionierphase befinden, werden sie in der (therapeutischen) Praxis kaum bis selten angewendet. Die befragten Therapeuten sehen Online-Interventionen als mögliche Ergänzung und Unterstützung einer traditionellen Intervention.

Abstract

The research interest of the thesis deals with the question which expectations and attitudes psychotherapists have towards (therapeutic) interventions via Internet. As the use and input of new media technologies in every day life, as well as in the field of psychosocial supply is constantly growing, the question for possibilities and limitations of Internet based interventions is getting more and more important. Using interviews based on a compendium, five behavior therapists were surveyed. The analysis of the experts' opinions showed that the use and input of interventions via Internet are strongly connected to the personal media experience and media practice of the participating persons. As Internet based interventions are still in a pioneering stage in Austria, they are hardly ever used in the therapeutical practice. The interviewed therapists are seeing online-interventions as a possible accomplishment and support of a traditional intervention.

Inhaltsverzeichnis

I EINLEITUNG	1
II THEORETISCHER TEIL.....	5
2.1 Internet und Gesundheit.....	5
2.2 Kommunikationsraum Internet.....	9
2.2.1 Medien der interpersonalen Kommunikation im Internet.....	13
2.2.1.1 E-Mail.....	13
2.2.1.2 Textchat - Instant Messaging	14
2.2.1.3 Audio-Sprachchat - Internettelefonie	15
2.2.1.4 Videochat	16
2.2.1.5 Online-Tools	16
2.2.2 Online-Therapie als mediatisierte Interaktion im Kommunikationsraum Internet.....	17
2.3 Online Interventionen	19
2.3.1 Beratung	19
2.3.2 Psychotherapie.....	21
2.3.3 Intervention.....	22
2.3.4 Onlinebasierte Intervention	24
2.3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen	27
2.3.6 Qualitätskriterien	28
2.3.7 Zielgruppe	30
2.4 Verhaltenstherapie	31
2.4.1 Entstehung und Merkmale der Verhaltenstherapie	31
2.4.2 Behandlungsmodelle und –methoden der Face-to-face Verhaltenstherapie	35
2.4.3 Behandlungsmodelle in der internetbasierten Verhaltenstherapie	37
2.4.4 Therapeutische Beziehung im Internet.....	41
III EMPIRISCHER TEIL	45
3.1 Untersuchungsdesign	45
3.1.1 Untersuchungsziel und Forschungsfragen.....	45
3.1.2 Sampling und hermeneutische Reflexion	46
3.2 Erhebung	47
3.3 Durchführung	48
3.4 Auswertung	49
3.4.1 Kategoriensystem.....	51
3.4.2 Fall A „Tanzstunde“	56

IV DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	67
4.1 A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation	67
4.2 B Differenz zwischen mediatisierter Kommunikation und Face-to-face-	
Kommunikation in Bezug auf folgende vier Aspekte:	69
4.2.1 B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung	69
4.2.2 B2 Kommunikation und Symbolik.....	72
4.2.3 B3 Anwendung von Methoden und Verfahren	79
4.2.4 B4 Störungsbilder	84
4.3 C Zielgruppe	87
4.4 D Zukunftsperspektiven	89
V ZUSAMMENFASSUNG UND ABSTRAKTION DER ERGEBNISSE	93
VI CONCLUSIO.....	97
VII QUELLENVERZEICHNIS	99
VIII ANHANG	107
1. Übersicht Wirksamkeitsstudien Internettherapie	107
2. Auswertungstabellen	109
3. Transkriptionsregeln.....	130
4. Interviewleitfaden	131
5. Transkribierte Interviews	132

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Wirksamkeitsstudien Internettherapie (aus Kersting et al. 2009, S 800f)	108
Tabelle 1: Unterschiede zwischen unmittelbarer Face-to-face und mediatisierter Kommunikation (vereinfacht aus Giddens 2009, S 753)	11
Tabelle 2: Kategoriensystem	54
Tabelle 3: Möglichkeiten und Defizite	79
Tabelle 4: Abkürzungen Transkription	130

Abkürzungsverzeichnis

bzw. = beziehungsweise

d.h. = das heißt

ebda = ebenda

et al. = et alii (lat. „und andere“)

z.B. = zum Beispiel

I. Einleitung

„Wir nehmen zur Kenntnis, dass all das, was es bereits in der realen Welt gibt, mit einem »E-« versehen, auch in der virtuellen Welt vorkommen kann: E-Government, E-Health, E-Commerce, E-Coaching, E-Learning, E-Teaching, E-Therapy, E-Voting, E-Banking, etc. (alternativ können auch die Präfixe »Cyber-«, »Online-« oder »Tele-« eingesetzt werden)“ (Hintenberger, Kühne 2009, S 16).

Ein Alltag ohne Internet ist heute kaum noch vorstellbar. Seit 2002 hat sich die Anzahl der österreichischen Haushalte mit Internetzugang fast verdoppelt – 2011 haben 75% aller Haushalte Internetzugang (Statistik Austria 2011).

Das world wide web wird als Informations- und Kommunikationsraum genutzt. Egal, ob es um weiterführende Nachrichten zu einem bestimmten Thema oder die Verfügbarkeit von Daten, Waren und Wissen geht; es gibt kaum eine Firma ohne Internetseite oder eine Zeitung ohne Online-Präsenz (vgl. Hintenberger, Kühne 2009, S15). Längst gehört das tägliche Abrufen von E-Mails oder das Austauschen auf social-media Plattformen zum Alltag. Anthony und Merz Nagel (2010) halten fest *„online life exists as part of Real Life (RL)“* und betonen *„(...) particularly in the mental health field, the merging of cyberspace and RL has already arrived“* (S 6).

Die mittlerweile gar nicht mehr so „neuen Medien“ sind also bedeutender Bestandteil unseres Alltags geworden, folglich ist es für uns selbstverständlich, Hilfe und Rat im Internet zu suchen. Auch in gesundheitsbezogenen Fragen stellt es eines der meist genutzten Medien dar (vgl. Stetina et al. 2009, S 2 zit. nach Wilson & Rilk 2002). Bereits 2003 gaben 25% aller Internetnutzer an, im Bedarfsfall an online angebotenen psychologischen Interventionsmaßnahmen interessiert zu sein (vgl. Ott 2003, S 129). Betrachtet man die wachsende Bedeutung und Nutzung des Internets im Alltag so lässt sich vermuten, dass die Zahl der an einer onlinebasierten Intervention interessierten Nutzer gestiegen ist.

Die Entwicklung der psychosozialen Beratung im Netz hat hingegen noch nicht den Status des Selbstverständlichen erreicht (vgl. Hintenberger, Kühne 2009, S 23).

Diese Erkenntnis war auch Motivation für die vorliegende Arbeit, die sich mit der Einstellung zu und der Nutzung von onlinebasierten Interventionen aus der Sicht von Psychotherapeuten in Österreich beschäftigt.

Das Interesse gilt hier ausschließlich Konzepten der Verhaltenstherapie, da einerseits in diesem Bereich bereits Untersuchungen und Studien zur Wirksamkeit von internetbasierten psychologischen Interventionen existieren, zum anderen um den Forschungsrahmen einzugrenzen.

Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, welche Einschätzung und Erwartungshaltung Verhaltenstherapeuten an therapeutische Interventionen im Internet herantragen. Besonderes Interesse gilt ihrer Wahrnehmung der Differenz zwischen onlinebasierten Interventionen und Face-to-face Interventionen.

Zusätzlich soll herausgefunden werden, welche Elemente aus der Face-to-face Verhaltenstherapie, nach Einschätzung der Therapeuten, in einer onlinebasierten Form anwendbar wären.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Im theoretischen Teil wird zu Beginn der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Internet sowie das Verhalten und Handeln im Kommunikationsraum Internet beleuchtet. Im nächsten Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit den Begriffen Beratung, Therapie und (Online)-Intervention. In diesem Zusammenhang wird auch auf rechtliche Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien und Zielgruppen Bezug genommen. Im darauf folgenden Kapitel wird zunächst ein kurzer Überblick über die Entstehung und die Entwicklung der Verhaltenstherapie gegeben. Dies scheint unerlässlich, um sich in weiterer Folge mit den Behandlungsmodellen in Face-to-face- sowie in onlinebasierten Interventionen zu beschäftigen.

Abschließend soll die Relevanz der therapeutischen Beziehung aufgezeigt werden.

Im empirischen Teil dieser Arbeit werden zu Beginn das Untersuchungsziel sowie Forschungsfragen und Forschungsdesign erläutert. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Durchführung der Untersuchung. Es wird das Erhebungs- und Auswertungsverfahren erklärt und das erhobene Material analysiert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert und dargestellt und im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen diskutiert. Zusammenfassung und Abstraktion der zentralen Ergebnisse bilden den Abschluss dieser Arbeit.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung, z.B. Therapeut/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

II Theoretischer Teil

2.1 Internet und Gesundheit

Die Relevanz des Internets im Gesundheitsbereich zeigt sich in der stetig steigenden Anzahl gesundheitsbezogener Internet-Recherchen (vgl. Stetina, Kryspin-Exner et al. 2009, S 3). In den USA informieren sich 80 % der Nutzer bei gesundheitsbezogenen Fragen im Internet. Auch für Deutschland gelten ähnliche Zahlen, hier recherchieren 83 % der Nutzer über Gesundheit im Netz (vgl. Stetina, Kryspin-Exner et al. 2009; Eichenberg, Ott 2011). Durch diese Schnittstelle zwischen Internet und Gesundheitsbereich entstand der Begriff E-Health (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S11).

Maheu und Gordon (2000) beschreiben den Begriff E-Health als allgemeinen Begriff in Bezug auf das Internet, als Möglichkeit der Servicevermittlung im Bereich Gesundheitsvorsorge, worin auch Psychotherapie und Beratung inkludiert sind (vgl. ebda.). Ott und Eichenberg (2003) beschäftigen sich mit Nutzen und Gefahren des Internets in Bezug auf die klinische Psychologie und nehmen eine Grobeinteilung in folgende vier Bereiche vor:

1. Informationsangebote
2. Intervention und Selbsthilfe
3. Kommunikation
4. Forschung

Vor allem der zweite und dritte Bereich sind für diese Arbeit relevant und werden daher genauer in den Blick genommen. Schwerpunkt liegt auf der internetbasierten Intervention, die sich meist auf Basis schriftlicher Kommunikation realisiert.

Das Internet bietet eine Fülle an Diensten und Anwendungen. Eichenberg (2004) unterscheidet grundlegend zwischen Informations- und Kommunikationsmedium. Das Internet als Informationsmedium bietet Zugang

zu Ressourcen zu psychischen Erkrankungen. Das heißt, Ratsuchende haben die Möglichkeit sich über Krankheitsbilder, Symptome und Therapie zu informieren. Als Medium der Kommunikation kann es als Unterstützung für klinisch-psychologische Aktivitäten fungieren. Hier wird nochmal unterschieden zwischen Gruppen- und Individualkommunikation, wobei unter Gruppenkommunikation verschiedene Formen der Selbsthilfe verstanden werden, und unter Individualkommunikation die Intervention, da diese meist in Form von Einzelsetting stattfindet. (vgl. Eichenberg 2004, S 14)

Döring plädiert dafür, Internet-Dienste als separate Medien zu betrachten, da sich für jeden Dienst (z.B E-Mail, Chat, etc) sprachliche Besonderheiten feststellen und zu anderen Anwendungen kontrastieren lassen (vgl. Döring 2003, S 182).

Ein Beispiel dafür ist die telefonische Beratung, die sich als äußerst erfolgreich erwiesen hat - gerade weil sie die persönliche Beratung nicht substituiert, sondern eine neue Qualität der psychosozialen Versorgung darstellt. Dies betrifft sowohl die Form der Kommunikation als auch den Zugang zu ihr (vgl. Döring 2000, S 510).

Da Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil jeglicher psychotherapeutischen Intervention ist, liegt die Frage nach der Rolle und Nutzung neuer Kommunikationstechnologien im therapeutischen Setting nahe. (vgl. Eichenberg, Kienzle 2011)

Sprechen wir von computervermittelter Kommunikation (CvK) meinen wir in der Regel schriftliche Kommunikation, die unter Beteiligung von Computern stattfindet. Computervermittelte Kommunikation lässt sich in synchrone (z.B. Chat) und asynchrone (z.B. Mail) Dienste unterscheiden. In Bezug auf Beratung und Therapie werden der computervermittelten Schriftkommunikation oft Defizite unterstellt. Soziale Hinweisreize (wie Alter, Geschlecht, Aussehen und Bildung), Gestik, Mimik und Stimmlage, sowie andere nonverbale Aspekte, die für den Interventionsprozess eine wesentliche Rolle spielen, können nicht wahrgenommen werden. (vgl. Kühne, Hinterberger 2009, S 34)

Umso verwunderlicher scheint es vor diesem Hintergrund, dass der Einsatz von audiovisuellen Übertragungsmöglichkeiten (Videokonferenzen) im Netz im Beratungs- und Therapiebereich bisher so wenig Anklang bzw. Nutzen gefunden hat.

Interventionen die via Internet stattfinden erfordern von den beteiligten Personen gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Nutzung von Medien.

Christiane Eichenberg betont in ihrem Beitrag „Das Internet als therapeutisches Medium“, die Besonderheit des Online-Settings bei Interventionen. Denn „die therapeutische Online-Kommunikation kann herkömmliche Behandlungsmethoden und -techniken nicht eins zu eins übernehmen, sondern muss diese vielmehr an das spezielle Setting anpassen.“ (Eichenberg 2004, S 15).

In der Praxis werden Interventionsangebote am häufigsten per E-mail realisiert. Aus der textbasierten, zeitversetzten Kommunikation ergeben sich für Eichenberg (204; S 15f) folgende Besonderheiten:

- Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse können durch die fehlende physische Präsenz begünstigt werden. Therapeuten werden leichter idealisiert, Wünsche und Phantasien leichter projiziert
- Distanz zum Gegenüber kann die Hemmschwelle herabsetzen, dadurch werden prekäre Themen im Vergleich zur einem Face-to-face-Setting schneller angesprochen. Gleichzeitig besteht dadurch die Gefahr, einen zu saloppen Umgangston zuzulassen
- Durch das Fehlen nonverbaler Hinweisreize ist es für den Therapeuten schwierig die Problemlage und die aktuelle gesundheitliche Verfassung des Klienten einzuschätzen
- Computervermittelte Kommunikation erfordert Gefühle in Worte zu fassen, dadurch können Missverständnisse entstehen, sowie Schwierigkeiten Empathie aufzubauen.

Das Gefühl von unmittelbarer Nähe und Anwesenheit kann nur schwer vermittelt werden, gleichzeitig kann es durch die Möglichkeit des höher frequentierten Austauschs substituiert werden.

Bauer und Kordy beschäftigen sich mit dem Einsatz von Medien aus Sicht der Therapiewissenschaft. Die größten Unterschiede zwischen einer Face-to-face-Intervention und einer internetbasierten Intervention bestehen zum einen in der Verschiebung der Kommunikation von einer mündlichen zu einer schriftlichen, zum anderen darin, dass sich Therapeut und Klient nicht sehen, und somit nonverbale Signale nicht wahrgenommen werden können. Die Autoren sprechen aber nicht von einem Nachteil, sondern betonen „Dies bedeutet jedoch nicht zwingend, dass die Ausdrucksmöglichkeiten in der CvK gegenüber der Face-to-face-Kommunikation beschränkt sind [...]“ denn mediatisierte Kommunikation kann alternative Möglichkeiten (z.B. Emoticons) nutzen, um den emotionalen Gehalt eines geschriebenen Textes zu verdeutlichen. (vgl. Bauer, Kordy 2008, S 318f)

Durch den Einsatz von (neuen) Medien, also das Zwischenschalten eines Gerätes, wie PC, Notebook, Mobiltelefon, etc., verändert sich die Kommunikation. Da diese die Basis jeder Intervention darstellt, verändert sich folglich auch die Interaktion der beteiligten Personen. Diese wiederum hat Auswirkungen auf die Beziehungsentstehung sowie auf die Behandlungsmethoden.

2.2 Kommunikationsraum Internet

Das Internet bietet Raum und Möglichkeit zum Austausch von Information und Kommunikation. Der wichtigste Nutzungszweck des Internets (Statistik Austria 2008) ist für 88% der User „Kommunikation“, worunter Folgendes verstanden wird: „das Senden oder Empfangen von E-Mails, das Telefonieren über Internet, das Posten von Nachrichten in einem Forum sowie Chatten etc.“ Diese Definition muss unter dem Eindruck der zunehmenden Nutzung von sozialen Netzwerken wohl deutlich erweitert bzw. stärker differenziert werden: 2011 nutzen bereits 44,8% der User soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter und MySpace (Statistik Austria 2011). Doch während E-Mails, Telefonieren und Chatten über Alters- und Geschlechtergrenzen hinweg sehr ähnlich genutzt werden, sind soziale Netzwerke eindeutig ein von jüngeren Generationen präferiertes Medium: z.B. fast 70% der 16-24jährigen nutzen soziale Netzwerke, aber nur 20% der 55-64jährigen (ebda).

Schmidt et al. (2010, S 261) unterscheiden im „Jahrbuch Medienpädagogik“ analytisch drei Handlungskomponenten im Social Web, die alle mit diversen Kommunikationsformen verbunden sind:

- Identitätsmanagement: Selektives Präsentieren von Aspekten der eigenen Person
- Beziehungsmanagement: Pflege von bestehenden und Knüpfen von neuen Kontakten
- Informationsmanagement: Auffinden, Rezipieren und Verwalten von relevanten Informationen.

Vor allem durch die massenhafte Verbreitung von Social-Media-Netzwerken hat sich Funktion und Bedeutung des Internets massiv in Richtung Beziehungs- und Identitätsmanagement verlagert. Für die vorliegende Arbeit ist besonders die Handlungskomponente Beziehungsmanagement interessant.

Schmidt et al. (2010) stellen fest, dass grundlegende wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedeutung, Nutzungsweisen und Identitätsentwicklung im Social Web fehlen (ebda. S 267). Gebhardt (2008, S 77) kritisiert, dass die zu erklärenden Phänomene, wie etwa die Konstitution medienbezogener Handlungspraktiken im Internet, dabei häufig als gegeben vorausgesetzt werden, nicht aber zum eigentlichen Untersuchungsgegenstand erhoben werden.

Dieser Frage nach der Entstehung und Ausprägung von Online-Handlungspraxen widmet sich die vorliegende Arbeit, bezogen auf einen spezifischen Teilbereich: Der Einstellung zu und Nutzung von netzbasierten Medientechnologien durch Therapeuten.

Nach dem Aufkommen des Internets als Massenmedium Mitte der 1990er kursierte, vor allem bezogen auf das Phänomen Chat, die Auffassung, dass der neue virtuelle Raum die Bedeutung von Geschlecht, Ort, Zeit, Ethnizität und sozialer Klasse für die Onlinepräsenz suspendieren würde (vgl. Turkle 1996). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Internet und seiner Nutzung war zu Beginn verzögert „von utopischen Visionen, Mythen und irrationalen Konzepten (...) wie ‚Cyberspace‘, ‚virtuelle Welt“ (Faulstich 2004, S 157). Auch intelligente Computerprogramme wie ‚Eliza‘, das einen Gesprächspsychotherapeuten simuliert, riefen Irritationen hervor (vgl. Döring 2006, S 111). Die theoretisch-reflexive Betrachtung ist heute wesentlich differenzierter und auch der ‚virtuelle Raum‘ als nicht-realer Raum lässt sich heute nicht (mehr) empirisch nachweisen (vgl. VanDoorn 2011).

In der vorliegenden Arbeit interessiert jedoch vor allem die Frage nach interpersonaler, one-to-one Kommunikation, die im Netz stattfindet: Während interpersonale Kommunikation im therapeutischen Setting unmittelbar passiert, ist die Kommunikation im Raum Internet immer vermittelt, also mediatisiert. Es stellt sich daher vor allem die Frage, **welche Mittel, welche Medientechnologien im Kommunikationsraum Internet welche**

Formen der interpersonalen Kommunikation erlauben, zulassen, ermöglichen bzw. verhindern, suspendieren oder beschränken.

Die folgende Tabelle gibt einen groben Überblick (vereinfacht aus Giddens 2009, S 753) über die wichtigsten Unterschiede zwischen unmittelbarer Face-to-face Kommunikation und mediatisierter Kommunikation:

Interactional characteristics	Face-to-face interaction	Mediated interaction
Space-time constitution reference system	Context of co-presence; shared spatial-temporal time and space	Separation of contexts; extended availability in time and space
Range of symbolic cues	Multiplicity of symbolic cues	Narrowing of the range of symbolic cues
Action orientation	Oriented towards specific others	Oriented towards specific others
Dialogical/ monological	Dialogical	Dialogical

Tabelle 1: Unterschiede zwischen unmittelbarer Face-to-face und mediatisierter Kommunikation (vereinfacht aus Giddens 2009, S 753)

Während also die zeitlichen und räumlichen Umstände sich verändern, sowie die Breite der verfügbaren symbolischen Mittel eingeschränkt ist, bleiben die Handlungsorientierung sowie die Dialogform bestehen.

Fragt man nun also danach, wie Medientechnologien interpersonale Kommunikation mitbestimmen ist diese Frage eng mit zwei Aspekten verbunden:

1. mit der Mediatisierung, der medialen Vermittlung von Online-Kommunikation (im Gegensatz zu unmittelbarer Face-to-face Kommunikation); also der Frage **wie verändern Technologien Kommunikation?** „While users may not be physically present in these spaces, their virtual presence takes on a ‚different kind‘ of materiality in the form of digital text or images, which are supported by the ‚digitally material‘ architecture of MySpace profiles or IRC channels“ (Van

Doorn 2011, S 534) – jedoch ist dieses ‚virtual life‘ „neither disembodied nor decontextualized“ (ebda. S 532). Döring bemerkt, dass die mediatisierte Kommunikation die unmittelbare zwar „im Sinne einer Enthemmung hinsichtlich zwischenmenschlicher Offenheit und emotionaler Intensität“ übertreffen möge, trotzdem nicht medienoptimistisch verklärt werden solle (vgl. Döring 2006, S 97) - „denn sie bergen durchaus spezifische Schwierigkeiten, wie beispielweise Missverständnisse, Projektionen, Identitätstäuschungen, Konflikteskalationen, Datenschutzverletzungen“ (ebda.)

2. mit der Medienerfahrung der beteiligten Akteure, also **wie verändern die Medienerfahrungen der Akteure die Kommunikation?** Den Ergebnissen vorgreifend, ist dies stark verbunden mit der Frage, über welche Medien Empathie hergestellt werden kann bzw. ob Empathie überhaupt mediatisiert hergestellt werden kann oder nur unmittelbar bzw. ob die Akteure daran glauben, dass das möglich ist.

Das sieht auch Döring (2000, S 530) als Knackpunkt: „Entscheidend für den Beratungserfolg im Netz wird es sein, wie gut sich die Beteiligten auf die Besonderheiten des Mediums einstellen können, die Beziehungsebene regeln (z.B. Empathie oder Unzufriedenheit ausdrücken) und sich inhaltlich verständigen“.

Grundsätzlich kommen für interpersonale Kommunikation, also dialogorientierte One-to-one Gesprächsformen im Internet nur bestimmte Medientechnologien in Frage, die im folgenden Kapitel genauer vorgestellt werden sollen.

2.2.1 Medien der interpersonalen Kommunikation im Internet

Im Folgenden sollen kurz jene Medientechnologien vorgestellt werden, die im Kommunikationsraum Internet primär zur interpersonalen Kommunikation genutzt werden.

In Bezug auf das Forschungsinteresse der Arbeit geht es nicht darum, ein Konkurrenzverhältnis zwischen Face-to-face und mediatisierter Kommunikation zu konstruieren (vgl. Döring 2006, S 103f), vielmehr gilt es die Frage zu beantworten, wie therapeutische Settings und Methoden aus der Sicht der Therapeuten erweitert werden könnten (ebda.) – und welche technischen Strukturen diesbezüglich zur Verfügung stehen.

Mit der Veränderung und Weiterentwicklung von Technologien verändern sich daher auch Handlungspraxen. Waren etwa beim Internet-Telefonieren vor zehn Jahren Unterbrechungen und Verzögerungen noch üblich, sorgen heute High-Speed-Internet und hochauflösende Webcams (mittlerweile auch auf mobilen Endgeräten) für Videochats mit Live-Atmosphäre.

Alle vorgestellten Technologien können und werden auch abseits von One-to-one-Kommunikation intensiv genutzt. In der vorliegenden Arbeit interessiert jedoch vor allem die besondere Situation der therapeutischen Beziehung, also die dialogische Kommunikation zwischen Therapeut und Klient. Daher werden die Besonderheiten der Medientechnologien auch für diese spezielle Kommunikationssituation beleuchtet und ausgeführt. Das letzte Unterkapitel widmet sich einem kurzen Exkurs zu Formen von Therapie-Tools.

2.2.1.1 E-Mail

Die E-Mail, der elektronische Brief, ist ein asynchrones, schriftbasiertes Medium, das üblicherweise von einer Person an eine andere Person gerichtet ist. „However quickly one may be able to type, there is a time delay between replies. In many situations this does not matter; indeed, the practice of sending

e-mails so that they can be read and answered at the recipient's convenience is a useful advantage of such a system." (Mills 2011, S 106). E-Mails wird eine „schriftliche Mündlichkeit“ (Kilian 2001, S 73ff) zugesprochen, d.h. dass die meisten E-Mail-Verfasser so schreiben und formulieren, als ob sie sprechen wurden. Das bedeutet zum Beispiel, dass Rechtschreibung, Grammatik und Form vernachlässigt werden und Smileys zum Einsatz kommen.

E-Mail-Kommunikation hat einige ambivalente Eigenschaften, die in therapeutischen Beziehungen für Therapeut und/oder Klient je nach Kontext Vorteile oder auch Nachteile sein können: Der „lack of non-verbal cues“ (Murphy/Mitchell 1998, S 22), die Tatsache, dass die E-Mails ausgedruckt und immer wieder gelesen werden können (Mills 2011, S 107) und schließlich die Eigenschaft von Schreiben als Editierprozess, der sich dafür anbietet, Dinge noch einmal zu lesen, zu korrigieren etc. (Murphy/Mitchell 1998, S 28). Die E-Mail stellt seit Verbreitung des Internets einen der meist genutzten Dienste dar.

2.2.1.2 Textchat - Instant Messaging

Wie die E-Mail ist der Textchat ein textbasiertes Medium, die Kommunikation findet jedoch nur minimal zeitversetzt und meist in einem Chatraum oder ‚Instant-Messaging-Client‘ (zB. Skype) statt. Chats werden von jüngeren Usern häufiger genutzt als von älteren (Faulstich 2004, S 174). Textbasierte Chats sind zwar simultan, aber asynchron, da die Produktion des Beitrags für das Gegenüber unsichtbar bleibt, also erst der ‚fertige‘ Beitrag sichtbar wird. Die Beiträge erscheinen in der Reihenfolge, in der sie am Server eintreffen und sind meist zeitlich markiert, es wird daher auch deutlich sichtbar, wie lange der Kommunikationspartner für die Antwort braucht (vgl. Stoerrer 2001, S 7).

Jene weiter oben ausgeführten ambivalenten Eigenschaften, die mit der Textbasiertheit von E-Mails einhergehen, gelten auch für den Textchat. Hinzu kommt, dass in Chats die Sprache meist mehr an Umgangssprache orientiert ist, sowie häufig Emoticons (Smileys), sogenannte Inflektive wie *knuddel*

oder *heul* oder Kurzformen wie CU oder LOL zum Einsatz kommen (Stoerrer 2001, S 3).

Für One-to-one Kommunikation werden web-basierte „Internet Relay Chats“ weniger genutzt, da diese vor allem für Gespräche zwischen mehreren Usern angelegt sind; dieser Chattyyp wurde vor allem im Kontext auf virtuelle Identitätskonstruktionen sowie Entstehen von Beziehungen bzw. Communities sozialwissenschaftlich erforscht. Für One-to-one Textchats werden vor allem Programme ('Instant Messaging Clients') wie Skype oder Microsoft Messenger genutzt: In diesen hat man, ähnlich einem Handy, nur bereits bekannte Kontakte, sieht ob diese online sind und kann per Text, Sprache und/oder Video kommunizieren. 2009 gab es weltweit 2,5 Milliarden Accounts für ‚Instant Messaging Clients‘, 40 Mio. User waren zu Spitzenzeiten gleichzeitig eingeloggt (Pingdom.com) Aktuelle Studien zeigen, dass gerade für schüchterne Menschen Instant Messaging eine präferierte Kommunikationsform ist (vgl. z.B. Bardi, Brady 2010).

2.2.1.3 Audio-Sprachchat - Internettelefonie

Zum Thema Internettelefonie gibt es kaum Forschungsergebnisse. Grundsätzlich gleichen die kommunikativen Eigenschaften der Internettelefonie jener der nicht-netzbasierten Telefonie: „Das Telefon ist ein Medium interpersonaler auditiver Fernkommunikation, gekennzeichnet durch eine extreme Flüchtigkeit“ (Faulstich 2004, S 110), was bedeutet, dass das Telefongespräch üblicherweise nicht aufgezeichnet wird. Internettelefonie über Anbieter wie z.B. Skype ist im Gegensatz zu normaler Telefonie kostenlos, bzw. muss lediglich die Internetverbindung bezahlt werden. Daher sind ‚Clients‘ vor allem für Telefonate mit räumlich weit entfernten Personen bzw. lange Gespräche beliebt (Ames et al., S 148).

Internettelefonie ist an einen Computer gebunden, findet synchron statt, die Sprachkommunikation bringt neue Komponente wie z.B. Betonungen,

Sprachmelodie, lachen, weinen zum Vorschein, die bei textbasierter Kommunikation fehlen.

Differenzierte Statistiken zur Nutzung von „Instant-Messaging-Clients“ sind kaum auffindbar bzw. rudimentär. So bleibt etwa zu erforschen, zu welchem Zweck das Internettelefonat dem normalen bevorzugt wird bzw. wann die Internettelefonie mit Video kombiniert wird. Zu vermuten ist, dass Video immer häufiger mit Audio verbunden wird, aufgrund verbesserter technologischer Voraussetzungen wie höhere Übertragungsraten, hochauflösende Kameras etc.

2.2.1.4 Videochat

Videochat ist jene interpersonale Kommunikationsform, die einer Face-to-face am nächsten kommt: Zur synchronen Audiospur (vgl. vorangehende Ausführungen zur Internettelefonie) kommt das Videobild und damit die visuelle Komponente, und mit Mimik und Gestik die nonverbale symbolische Ebene. Die Gesprächspartner sind also für einander visuell identifizierbar, meist ist auch das eigene Bild sichtbar, was mitunter irritieren kann und Unsicherheit erhöht (vgl. Döring 2006, S 114). Nicht nur das eigene Erscheinungsbild, auch der Raum wird sichtbar und spielt daher eine Rolle (vgl. Reisinger 2011, S 79). Grundsätzlich kann man daher den Videochat als intimste interpersonale Kommunikationsform fassen, Forschungen gibt es z.B. zur Kommunikation in Familien (Ames et al. 2010), Videoberatung wird im therapeutischen Kontext noch wenig genutzt (Döring 2006, Reisinger 2011).

2.1.1.5 Online-Tools

Online-Tools sind von Professionisten gestaltete, automatisierte Programme bzw. Formulare, die zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendet werden (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 115). Dabei kann es sich um simple Online-Formulare, Arbeitsaufgaben oder Tests handeln, die online ausgefüllt werden und im Anschluss mit dem der Therapeuten besprochen werden. Mittlerweile werden aber auch schon komplexere Programme gestaltet, die eine

weitgehende Automatisierung des Therapieprozesses ermöglichen (vgl. ebda, Eichenberg, Ott 2011). Ohne Zweifel ist diese Form nur für bestimmte Settings bzw. Problemstellungen geeignet.

Während alle vorangegangenen Kommunikationsformen in erster Linie Kommunikation zwischen zwei Gesprächspartnern ermöglichen, sind hier in die Programme die Relevanzen und Erfahrungen der Entwickler der Programme eingeschrieben, der Klient arbeitet in einer relativ starr vorgegeben Struktur. Erste Ergebnisse zur Wirkung der Tools zeigen positive Effekte (vgl. Eichenberg, Ott 2011). Allerdings sind diese bisher in der Praxis (im deutschsprachigen Raum) kaum verbreitet, daher ist die gute Wirksamkeit der neuen Interventionsform in routinemäßigen Anwendungen noch zu bestätigen. (vgl. ebda.)

2.2.2 Online-Therapie als mediatisierte Interaktion im Kommunikationsraum Internet

Wie verändern Medienerfahrungen der Akteure die Kommunikation?

Zur interpersonalen Kommunikation im Internet gibt es kaum differenzierte Nutzungsstatistiken (vgl. Statistik Austria 2011), wohl auch weil die oben ausgeführten Kommunikationsformen immer mehr in sozialen Netzwerken aufgehen bzw. konvergieren, z.B. bietet Facebook Nachrichten und Instant Messaging, Google+ Videochat.

Bezogen auf Forschungen für Beratung und Therapie im Internet stellen Stetina et al. (2009, S 176) fest: „In der Praxis findet, trotz wachsender technischer Möglichkeiten, Online-Intervention am häufigsten in Form des Austausches von E-Mails statt. Chats werde im Vergleich dazu wesentlich seltener genutzt, wobei die Verwendung von Fragebögen aus dem klinisch-psychologischen Bereich zur Problembeschreibung und Diagnose zunimmt.“ Weiters werde unter Online-Therapie von Professionisten meist textbasierte und fortlaufende Kommunikation wie E-Mail und Chat verstanden (ebda. S 182).

Ob und wie Klienten und Therapeuten die Möglichkeiten der neuen Medien(technologien) wahrnehmen und nutzen ist letztendlich eine Frage nach den jeweiligen medientechnologischen und medienpraktischen Erfahrungen, die die an der Kommunikation beteiligten Akteure bisher gemacht haben, und wie bzw. ob diese habituell verankert sind (vgl. Schäffer 2003, S 317ff).

Therapeutische Interaktion im Kommunikationsraum Internet wird vermutlich normal sein für die Generation, für die netzbasierte interpersonale Kommunikation sowieso zum Alltag gehört, und die daher auch einen reichen Erfahrungsschatz im Umgang damit hat. Das gilt sowohl für Klienten als auch für Therapeuten. Größerer Nachholbedarf lässt sich hier auf Seite der Therapeuten vermuten, die schlussendlich das Setting auch bestimmen, moderieren und professionalisieren müssen. Neben der therapeutischen Ausbildung ist daher ein spezifisches Nutzen und Handeln der Therapeuten, hinsichtlich „neuer Medien“ unumgänglich, „um das mediale Setting entsprechend auszuwählen bzw. einzurichten und Interventionsmethoden medienspezifisch zu gestalten“ (Döring 2006, S 107). Medientraining müsste daher Teil der Ausbildung und Supervision, sowie Qualitätskriterium sein. Ein wesentlicher Part der therapeutischen Ausbildung besteht darin, von Erfahrungen anderer (Lehr)Therapeuten zu lernen – wenn diese noch keine diesbezüglichen Erfahrungen haben, ist das schwer.

Letztendlich kommt zu der Frage der Medienerfahrungen der beteiligten Akteure auch noch die Frage, ob netzbasierte Kommunikation für die beiden spezifischen Akteure und ihre einzigartige Beziehung passend ist, also ob sie in ihrer Kommunikation miteinander Formen der Online-Kommunikation als passend empfinden und etablieren können bzw. wollen.

Es spielt also weniger eine Rolle, ob Medientechnologien per se defizitär sind bzw. ob sie der Face-to-face Kommunikation nie gerecht werden können; und selbst dazu gibt es sehr unterschiedliche Ergebnisse und Ansichten (vgl. Kapitel 2.1 und 2.4.2). Vielmehr ist es zentral, wie die Medientechnologien von Therapeut und Klient in ihrer speziellen Konstellation und Situation eingeschätzt und eingesetzt werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass mit zunehmender

habituellem Erfahrung von netzbasierter Kommunikation und Medienpraxis auch mehr Vertrauen in diese Kommunikationsformen gelegt wird und dies auch die Grundlage für den Aufbau von Empathie sein kann: *„Wenn textbasierte Netzkommunikation so lebendig und sinnlich erlebt werden kann, dass Menschen sich befreunden und/oder verlieben [...] warum sollte man dann annehmen, dass nicht genügend Emotionalität und Intimität freigesetzt werden können, um an den persönlichen Problemen zu arbeiten?“ (Döring 2000, S 510).*

2.3 Online Interventionen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit onlinebasierten Interventionen. Zunächst soll eine Definition der Begriffe Intervention, Beratung und Therapie versucht werden um weiterführend Überschneidungen und Grenzen im Bereich der Online Intervention aufzuzeigen. In den nächsten Punkten werden die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die vorliegenden Qualitätskriterien von onlinebasierten Interventionen besprochen. Dazu werden im folgenden Abschnitt die wichtigsten Begriffe dieser Arbeit definiert und beschrieben. Abschließend soll eine mögliche Zielgruppe erfasst werden.

2.3.1 Beratung

Beratung findet in unterschiedlichsten Bereichen unseres Lebens statt und bietet somit auch eine Vielfalt an Definitionsmöglichkeiten. Diese Arbeit beschäftigt sich mit Beratung im psycho-sozialen Feld, weshalb sich die hier angeführte Begriffsklärung auf die psychologische Beratung beschränkt.

Keller und Novak (2007) definieren Beratung als Interaktionsprozess zwischen einem oder mehreren Ratsuchenden und einem oder mehreren Beratern. Grundlage der Beratung bilden wissenschaftliche Erkenntnisse. Eine Beratung erfolgt mit dem Ziel, persönliche Probleme zu verringern oder zu beseitigen und beinhaltet daher folgende Teilprozesse: Diagnose, Behandlung des Problems,

Erfolgskontrolle und eventuelle Nachbehandlung (vgl. Keller, Novak 2007, S 51f). Partnerschaft, Akzeptieren, Nichtverurteilen, Schweigepflicht, Aktivierung des Klienten und individuelles Vorgehen stellen für sie die Hauptmerkmale der beruflichen Haltung eines Beraters dar (vgl. ebda. S 54). Betrachtet man diese Kriterien so finden sich einige Parallelen zur Psychotherapie. Eine Abgrenzung von Beratung und Therapie wird dadurch schwierig.

Engel und Sickendiek (2004) kritisieren die *zu starren Kontexte der Beratung selbst, wie dem "klassischen Gespräch" in einer hochstrukturierten Institution mit festen Zeiten, Rollen und weitgehend "vernünftigen" Kommunikationsprozessen.* [...] und betonen, dass durch die Beratung in/mit den Neuen Kommunikations- und Informationsmedien (Beratungswebsites, online-Beratung etc.) ein neuer Beratungskontext entsteht, der die traditionelle Face-to-face Beratung erweitert und dessen zukünftige Bedeutung nicht zu unterschätzen ist (vgl. Engel, Sickendiek 2004, S 3).

Döring hält in Anlehnung an Vicini (1993) fest, dass die psychologische Beratungspraxis durch eine zunehmende Therapeutisierung geprägt ist. Statt Ratsuchenden fertige Lösungswege zu liefern, sollen selbstgesteuerte Veränderungsprozesse konstruktiv begleitet werden (vgl. Döring 2000, S 530). Mit ihrem Verständnis von *„psychologischer Beratung als eine problemorientierte, kurzfristige „Mini-Therapie“* (ebda.) macht sie eine tatsächliche Abgrenzung schwierig. Durch die Bezeichnung 'kurzfristig' lässt sich eine zeitliche Begrenzung auf einen kurzen Zeitraum annehmen. Auch bei Perrez und Baumann wird der zeitliche Aufwand als Unterschied betont, gleichzeitig wird aber erwähnt, dass sich die Konzepte von Beratung und Therapie teilweise überschneiden (vgl. Perrez, Baumann 1998, S 315).

Zwischen Beratung und Therapie wird meist ein fließender Übergang gesehen, da sich Prozesse, Techniken und Ziel ähnlich sind. *„Fast alle Formen der Beratung negieren die seit der Antike lebendige Tradition philosophischer*

„Wohlberatenheit“ und orientieren sich an Psychoanalyse, Verhaltens- oder Humanistischer Therapie“ (Böhm 2005, S 73f).

2.3.2 Psychotherapie

Auch an Begriffsklärungen für Psychotherapie herrscht nicht gerade ein Mangel. Eine einheitliche Definition ist aufgrund der verschiedenen Therapieschulen schwierig. Trotz unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden *„weisen sie gemeinsame Struktur- und Prozessmerkmale auf.“ (Perrez, Baumann 1998, S 393).*

Slunecko (2009, S 13) hält fest, dass Psychotherapie *„nicht in der Einzahl existiert, sondern als breiter und sich ständig weiter verzweigender Strom von Ansätzen und Modellen.“*

Anthony und Merz Nagel (2010) stützen sich auf die Definition von Penguin's Dictionary of Psychology, in dem Psychotherapie als *„...in the most inclusive sense, the use of absolutely any technique or procedure that has palliative or curative effects upon any mental, emotional, or behavioural disorder.“* gefasst wird (S 11, zit nach Reber and Reber 2001, 586-7).

Eine allgemeine Definition ist in Österreich durch das Psychotherapiegesetz 1990 festgelegt, demnach ist Psychotherapie *„die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlicher-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (BGBl. 1990, S361 in Slunecko 2009, S11).*

Hier wird, im Gegensatz zu Merz Nagels Definition (und zur Beratung), sowohl die Ausbildung als auch die Wissenschaftlichkeit der therapeutisch-methodischen Vorgehensweise erfasst.

Nach Perrez und Baumann (1998) vollzieht sich Psychotherapie nach einer allgemeinen Ablaufstruktur, unterteilt in vier Funktionseinheiten. (vgl. Perrez, Baumann 1998, S 394f)

1. Indikationsabklärung
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung
3. Anregung therapeutischer Lernprozesse
4. Evaluation vor/nach Abschluss

Diese verdeutlichen, dass für Psychotherapie klare Ablaufstrukturen existieren, in Bezug auf Beratung fallen die Formulierungen eher allgemein aus und orientieren sich stark an den Strukturen und Techniken von Therapie oder werden komplett dem Verständnis des Experten überlassen (vgl. 2.2.1.1).

2.3.3 Intervention

Interventionen im Gesundheitsbereich sind meist in der Medizin oder in der Psychologie verortet. Medikamentöse, chirurgische und physikalische Interventionen sind dem medizinischen Bereich zuzuordnen. In der Psychologie unterscheidet man drei große Anwendungsgebiete (vgl. Perrez, Baumann 2005, S 309)

- die arbeits- und organisationspsychologische,
- die pädagogisch-psychologischen und
- die klinisch-psychologischen Interventionsmethoden

Diese sind nicht immer scharf zu trennen, sondern können sich teilweise überschneiden.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf (verhaltens-)therapeutischen Konzepten und Vorgehensweisen, die im Anwendungsgebiet der klinisch-psychologischen und pädagogisch-psychologischen Interventionsmethoden verortet sind.

Perrez und Baumann (2005) führen sechs Merkmale für klinisch-psychologische Interventionsmethoden an (vgl. S 310):

1. Wahl der Mittel
2. Interventionsfunktion
3. Zielorientierung
4. Theoretische Fundierung
5. Evaluation, empirische Überprüfung
6. Professionelles Handeln

Zentral sind die ersten beiden Charakteristika, die Wahl der Mittel und die Interventionsfunktion. Typische psychologische Mittel sind das Gespräch oder die Übung, deren Ansatzpunkt im Erleben und Verhalten liegt und die in der sozialen Interaktion zwischen Helfenden und Hilfesuchenden stattfinden (vgl. ebda. S 311).

Zu den drei wichtigsten Interventionsfunktionen zählen (1) die Gesundheitsförderung und Präventionsfunktion, (2) die Behandlungs-/Therapiefunktion (u.a. Psychotherapie) und (3) die Rehabilitationsfunktion. (vgl. ebda.)

Hier wird deutlich, dass Perrez und Baumann die Begriffe Behandlung und Therapie synonym verwenden. Sie fassen darunter alle Interventionen, die die Behandlung gestörter psychischer Funktionsmuster betrifft.

Der Begriff Psychotherapie bezieht sich in diesem Zusammenhang auf eine Teilmenge dieser Interventionsfunktion und lässt sich somit auch diesen Oberbegriffen zuordnen (vgl. ebda. S 312).

Bei ihrem Versuch einer Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie anhand der sechs Charakteristika (für klinisch psychologische Interventionsmethoden) wird der Stellenwert des Veränderungsprozesses als zentrales

Unterscheidungsmerkmal dargestellt. Während in der Beratung dieser Prozess im Anschluss - also ohne Begleitung des Experten - stattfindet, ist der Veränderungsprozess im Interventionskonzept ein zentrales Thema und wird von dem Experten begleitet. (vgl. Perrez, Baumann 1998, S 315).

2.3.4 Onlinebasierte Intervention

Spricht man von psychologischer Beratung im Internet, Online-Beratung oder E-Mail-Beratung so lassen sich kaum Unterschiede zu den Kriterien für eine traditionelle Beratung feststellen. Es muss eine formelle Situation hergestellt werden, in der sich eine Beziehung zwischen Ratsuchendem und professionellem Berater entwickelt und gemeinsam Problemsituation und Lösungsvarianten ergründet werden können (vgl. Döring 2000, S 530).

Trotzdem sieht das Bundesministerium für Gesundheit *„beträchtliche Unterschiede zur herkömmlichen psychotherapeutischen Face-to-face -Beratung und -Behandlung, weshalb psychotherapeutische Beratung via Internet jedenfalls als eigenes psychotherapeutisches Arbeitsgebiet zu qualifizieren ist“*. (bmg 2005, S 8)

In der Internetrichtlinie für PsychotherapeutInnen vom Bundesministerium für Gesundheit wird festgehalten, *„(...)dass der Gesetzgeber den Begriff „Beratung“ nicht definiert, sondern den Begriffsinhalt von „Beratung“ in einschlägigen Gesetzesbestimmungen als gegeben voraussetzt, sodass sich der Begriffsinhalt „Beratung“ nach dem fachlichen Expertenverständnis zu richten hat, wobei hier insbesondere die Notwendigkeit der Abgrenzung vom Begriff „Behandlung“ zu beachten ist“* (bmg 2005, S 7).

Es wird hier also versucht eine Abgrenzung zwischen den Begriffen Beratung und Behandlung vorzunehmen. Ab welchem Zeitpunkt die Beratung in eine Behandlung - sprich in eine Therapie - übergeht, ist nicht immer klar erkennbar, ein wesentlicher Indikator für eine Behandlung ist jedenfalls das Vorliegen einer krankheitswertigen Störung. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Verdacht einer krankheitswertigen Störung auftritt und die psychotherapeutische Beratung im Hinblick auf Setting, Gegenstand und Ziel

der Beratung, sowie die angewandten methodischen Instrumente, die Rahmenbedingungen einer psycho-therapeutischen Behandlung annimmt (vgl. ebda).

Neben einer fachlichen psychotherapeutischen Ausbildung und Kenntnis der Methoden, sind auch Basiskenntnisse computervermittelter Kommunikation und technisches Know-how (letzteres gilt auch für Klienten) Voraussetzung für eine onlinebasierte Intervention.

Im Jahr 2000 hielt Döring fest, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Internet-Therapie im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens existiert, betonte aber auch, dass verschiedene Bemühungen und Versuche unternommen werden, die Bedingungen und Möglichkeiten von internetbasierter Therapie zu erkunden (vgl. S 535).

Überlegungen und Planungen steckten damals noch in den Kinderschuhen.

„Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass Psychotherapie im eigentlichen Sinne über das Internet (noch) nicht möglich ist“ (Jandl-Jäger et al 2004, S 156).

Fast 10 Jahre später besteht laut Brunner (2009) nach wie vor Reflexionsbedarf über theoretische Grundlagen der Online-Beratung (vgl. S 27). Dabei stellt sich die Frage, was eine solche Theorie leisten kann und soll. Fraglich ist auch, inwiefern sich diese Theorie dabei an *„Theorien aus der Face-to-face-Beratung und, was vielfach unberücksichtigt bleibt, an Erfahrungen mit anderen Formen mediatisierter Beratung orientieren kann und soll“* (Brunner 2009, S 27). Denn telefonische Beratung (Telefonseelsorge) oder Beratung über Briefe und Zeitschriften, existierten schon lange bevor man über Online-Beratung und -Therapie sprach. Das heißt mediatisierte - über Medien vermittelte - Beratung, fand und findet schon lange statt. (vgl. ebda.)

Nun gilt es sich den Besonderheiten computervermittelter Kommunikation und Interaktion sowie ihren Auswirkungen im und auf den Therapieprozess zu widmen.

Vielfach wird betont, dass Online-Beratung und -Therapie die traditionellen Formen lediglich erweitern oder ergänzen, aber keinesfalls ersetzen können (vgl. Döring 2000, Ott 2003, Kühne 2009, Eichenberg 2011) Anthony und Merz Nagel widersprechen dem, und behaupten, "*[...] online therapy involves a different method of delivery to more traditional methods, but the therapeutic process remains the same*" (Anthony, Merz Nagel 2010, S 11).

Durch weitere Forschungsbemühen entstanden in den letzten Jahren einige Modelle und Konzepte zur internetbasierten Interventionen sowie Studien zur Anwendung und Wirkung dieser. Dabei können internetbasierte Interventionsprogramme zu verschiedenen Störungsbildern und Problembereichen mit und ohne unterstützenden Kontakt zu einem Therapeuten unterschieden werden.

Die Ansichten zur Realisierung von onlinebasierten Interventionen sind immer noch sehr ambivalent mit ein Grund dafür könnte die mangelnde theoretische Fundierung sein. (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 183)

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff der Intervention verwendet, da er sowohl beraterische als auch therapeutische Elemente beinhaltet und somit den gesamten Prozess umfasst.

Ott (2003) verwendet den Begriff „internetbasierte Intervention“ (IBI) und versteht darunter jegliche Form klinisch-psychologischer Intervention einschließlich Psychotherapie, da seiner Meinung nach, bereits vorhandene Begriffe wie „e-therapy“ oder „Cybertherapie“ zu kurz greifen. (vgl. Ott 2003, S 128)

Internetbasierte Interventionen können auf unterschiedliche Weise gestaltet werden: *„it can be a way to communicate with a physical person on the other side of the connection (e.g., e-mail), a way to present information in a more or less one way direction (information web pages), or a platform for more interactive programs which do not require any input from a clinician. Finally, Internet interventions can be a little bit of all this"* (Anderson 2009, S 175).

Unter dem Begriff IBI wird im Rahmen dieser Arbeit eine (psycho)therapeutische Intervention, welche über das Internet (vor allem in textbasierter Form) stattfindet, verstanden. Die Begriffe internetbasierte Intervention (IBI) und onlinebasierte Intervention (OBI) werden im Folgenden synonym verwendet.

2.3.5 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ausübung von Psychotherapie ist in Österreich durch das Psychotherapiegesetz (1990) geregelt. Da das Internet als Informations- und Kommunikationsraum auch für den therapeutischen Bereich zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, wurde 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit, auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates, eine Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet herausgegeben.

In dieser wird eine psychotherapeutische Behandlung via Internet ausgeschlossen (BmFG 2005, S 5-6):

„Psychotherapie ist als Behandlung, insbesondere als Krankenbehandlung samt psychotherapeutischer diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung (einschließlich Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen) via Internet nicht lege artis. Daher muss eine solche auch aus rechtlicher Sicht abgelehnt werden, weil die Einhaltung der psychotherapeutischen Berufspflichten nach dem PthG nicht gewährleistet ist.

Bei der Beschreibung des Phänomens „Psychotherapie und Internet“ ist zu berücksichtigen, dass derzeit keine Psychotherapie via Internet im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens existiert und in der Folge die Verwendung von Begriffen, wie etwa „Cyber-Therapie“, „Online-Therapie“ oder „virtuelle Couch“ durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Zwecke der Beschreibung von Leistungsangeboten im

Internet sowohl aus fachlicher, berufsethischer und berufsrechtlicher Sicht abzulehnen sind."

Im Gegensatz dazu dürfen psychotherapeutische Beratung, die Vermittlung von Selbsterfahrung, Coaching oder Supervision via Internet - unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des Psychotherapiegesetzes (PthG)- von Psychotherapeuten ausgeübt werden.

Allerdings nur unter der Prämisse der Unmittelbarkeit, denn gemäß §14 Abs 2. des PthG hat der Psychotherapeut seinen Beruf persönlich und unmittelbar auszuüben.

Das bedeutet, psychotherapeutische Beratung per Chat kann als unproblematisch betrachtet werden, wohingegen E-Mail-Beratung als asynchroner Dienst die Auflage der Unmittelbarkeit nicht erfüllt. So lässt sich festhalten, dass eine psychotherapeutische Beratung via Internet grundsätzlich nur mittels synchroner Internetdienste angeboten werden darf. (vgl. BmFG 2005, S 10)

E-Mail Beratung ist demnach nur für Erst-, Allgemein- und Termininformationen sowie zusätzlich im Rahmen einer Face-to-face Therapie oder Beratung vorgesehen. (vgl. Kral 2005)

Entgegen dieser Vorgaben stellt der E-Mail Kontakt das häufigste Online-Setting dar. (vgl. Suler 2000, Jandl-Jager et al. 2004, Knatz 2005, Stetina, Kryspin-Exner 2009)

Aufgrund der bisher vorliegenden Studien zu Nutzung und Wirksamkeit von internetbasierten Interventionsprogrammen (vgl. Suler 2000, Ott, Eichenberg 2011) wäre eine Überarbeitung der Richtlinie hinsichtlich *„der Verpflichtung der persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung“* wünschenswert.

2.3.6 Qualitätskriterien

Das Internet mit all seinen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten ist aus dem Leben der Menschen heutzutage nicht mehr wegzudenken. Diese Entwicklung nimmt auch Einfluss auf psychologische Interventionen.

Fast jede Person mit etwas technischem Geschick kann heute ohne viel Geld eine Onlinepräsenz aufbauen. Qualitätssicherung stellt also in Zeiten des Internet eine große Herausforderung dar. (vgl. Funke et al. 2003, S 99) Trotzdem gibt es immer noch Wissenschaftler, die es ablehnen sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und Organisationen und Gesetzgeber, die weder die Notwendigkeit einer Erarbeitung von Qualitätskriterien noch die Notwendigkeit der Beschäftigung mit E-Health auf rechtlicher Basis sehen (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S VII).

Durch die stetig wachsende Zahl an Online-Interventions-Angeboten (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 175) wird es für Hilfe suchende Personen zunehmend schwieriger die Qualität und Seriosität einzuschätzen. Vor allem bei klinisch-psychologischen Informationen und Diensten ist die Qualität von besonderer Bedeutung, weil Falsch- und Fehlinformationen erhebliche negative Folgen für die psychische Gesundheit haben können. (vgl. Eichenberg, Ott 2003, S 41)

Welche Möglichkeiten gibt es, die Berechtigung eines online angebotenen psychotherapeutischen Dienstes zu kontrollieren?

Grundlegend kann zwischen ethischen Richtlinien zur inhaltlichen Gestaltung und Gütesiegeln für Webseiten unterschieden werden. Diese Gütesiegeln können entweder durch die Zertifizierung oder Beurteilung durch Dritte (Third Party Certification or Rating) oder durch ein Zertifizierungs-Tool (tool-based) vergeben werden. (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 8 nach Wilson & Risk 2002)

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) vergibt seit 2001 ein – bis zur nächsten Überprüfung – befristetes Gütesiegel für psychologische Dienste im Internet.

Die Kriterien dafür sind: die kurzfristige Beantwortung von Anfragen (innerhalb von 3 Tagen nach Erhalt einer E-Mail Anfrage), eine nachgewiesene Qualifikation (im Sinne eines Abschluss als Diplom-Psychologin/e), Schweigepflicht, Anonymität und Vertraulichkeit, sowie der verantwortliche Umgang mit Grenzen (Vermittlung an Offline-Einrichtungen bei stark belasteten

Klienten) und technische Sicherheit (Anwendung von Verschlüsselungsprogrammen). (vgl. Döring 2006; Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 8f)

Diese sollen Klienten eine Orientierung geben und das Auffinden qualitativ hochwertiger Beratung erleichtern.

Aufgrund der stetigen Entwicklung der Wissenschaft und des Fortschritts und um eine Qualitätssicherung zu gewährleisten müssen die Gesundheitsinformationen , die auf Webseiten angeführt werden immer wieder überarbeitet und neue Erkenntnisse hinzugefügt werden (Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 8 nach Eysenbach 2008). daher müssen Webseiten die den Qualitätsmaßnahmen entsprechen immer wieder überprüft und aktualisiert werden.

Zur ausführlicheren Auseinandersetzung mit Qualitätskriterien und Gütesiegel von onlinebasierten Interventionen sei auf die Arbeit einer Kollegin (Auer 2011) verwiesen.

2.3.7 Zielgruppe

Personen, die aus unterschiedlichen Gründen keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu traditionellen Face-to-face Beratungs- oder Therapieangeboten haben, lassen sich als Zielgruppe onlinebasierter Angebote definieren (vgl. Döring 2006, S104; Hintenberger, Kühne 2009, S 22).

Das heißt Personen,

- die sich herkömmliche Beratung/Therapie finanziell nicht leisten können
- die in einer beraterischen/therapeutischen Beziehung zunächst ein gewisses Maß an Distanz behalten wollen
- die in (z.B. ländlichen) Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und lokal keine Berater/Therapeuten erreichen können

- die aufgrund eingeschränkter Mobilität oder bestimmter Lebensumstände mit körperlichen Behinderungen, eine Face-to-face-Beratung oder Therapie nicht in Anspruch nehmen können
- die eine Beratung/Therapie außerhalb des Netzes ins Auge gefasst haben, aber zunächst unverbindlichen Kontakt aufnehmen wollen
- die hinsichtlich Beratungsort und Beratungszeit flexiblere Gestaltung der Beratungs- bzw. Therapiebeziehung wünschen (z.B. aufgrund längerer Auslandsaufenthalte)
- denen aufgrund ihrer Sozialisation (z.B. Jugendliche) oder ihrer beruflichen Tätigkeit computervermittelte Kommunikation alltagsvertraut ist

sind potentielle Klienten.

2.4 Verhaltenstherapie

In diesem Kapitel werden kurz die Entwicklung und Merkmale der Verhaltenstherapie beschrieben, um sich im Weiteren mit den Methoden und Behandlungsmodellen in der Verhaltenstherapie Face-to-face sowie onlinebasiert auseinandersetzen zu können. Das letzte Unterkapitel befasst sich mit der therapeutischen Beziehung im Internet.

2.4.1 Entstehung und Merkmale der Verhaltenstherapie

Die Geschichte der Verhaltenstherapie bezieht sich weniger auf einzelne Gründerfiguren, sondern auf die Abfolge verschiedener Konzepte, die therapeutisches Handeln anleiten. Die Verhaltenstherapie hat sich aufgrund der Grenzen des introspektiven Ansatzes, welcher vor der Jahrhundertwende die vorrangige Methode darstellte, heraus entwickelt. Der Behaviorismus als neue Orientierung, stellte das direkt beobachtbare Verhalten mittels objektiver Verfahren in den Mittelpunkt (vgl. Parfy 2009, S 115).

Ursprünglich charakterisierte sich die Verhaltenstherapie durch die Anwendung der modernen Lerntheorien auf die Behandlung abweichenden Verhaltens. Die Basis der Lerntheorie bildeten die Tierstudien zum klassischen Konditionieren von Pawlow, sowie die Erweiterungen um Thorndikes (1874-1949) instrumentelles Lernen, Skinners (1904-1990) operantes Konditionieren, und Banduras Untersuchungen zum Modelllernen in den 1950er Jahren. Im lerntheoretischen Modell wird Verhalten als Produkt einer individuellen Lerngeschichte verstanden, welches unter Anleitung eines Therapeuten wieder verlernt werden kann (vgl. Wittchen & Hoyer 2006, S 18).

In den 1960er bzw. -70er Jahren wurde der Behaviorismus von der „kognitiven Wende“ abgelöst. Der Fokus lag von nun an auf kognitiven Prozessen wie der Wahrnehmung, dem Denken, dem Verstehen und dem Erinnern. Der Schemabegriff, der erstmals bei Bartlett (1932) und Piaget (1936) aufgetaucht ist, bedeutete, dass der Organismus durch selbstregulatorische Prozesse und Anpassungsleistungen versucht, ein inneres Gleichgewicht (Homöostase) herzustellen und zu erhalten (Piaget 1967, zitiert nach Parfy 2009, S 119). In den 1980er Jahren wurde die Verhaltenstherapie durch die fortschreitende Emotionsforschung und die Entwicklung der Bindungstheorie von Bowlby (1975; 1976; 1983) ergänzt, wobei frühkindliche Beziehungserfahrungen und die Vernachlässigung emotionaler Bedürfnisse in den Mittelpunkt rückten. Parfy (2009, S121) beschreibt als eine mögliche neue Wende, die Einführung der Begriffe Achtsamkeit und Akzeptanz, die als neues Therapieprinzip zum Ziel hat, emotionale Erfahrungen im "Hier und Jetzt" anzunehmen, ohne sie unmittelbar bewerten zu müssen.

Obwohl der Begriff „Verhaltenstherapie“ erstmals von Skinner im Jahr 1953 verwendet wurde, hat sich eine allgemein gültige Definition für Verhaltenstherapie nicht durchgesetzt. Ein wichtiges Merkmal der Verhaltenstherapie ist, dass sie ihre Grundlage in der empirischen Psychologie hat (vgl. Margraf & Lieb 2000, S 2; Parfy 2009, S115).

Ziel der Verhaltenstherapie ist es, aufgrund von Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu

behandelnden Problematik zu erreichen. Die konkreten, operationalisierten und prüfbareren Ziele beziehen sich auf verschiedene Ebenen des Verhaltens und Erlebens und werden mittels Diagnostik und Problemanalyse erhoben. Angesetzt wird an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problemänderungen (vgl. Margraf & Lieb 2000, S 3).

In der aktuellen Literatur werden die allgemein akzeptierten Merkmale der Verhaltenstherapie zur Charakterisierung herangezogen. Dazu zählen das zugrundeliegende Menschenbild, das Störungsmodell, die allgemeinen Grundprinzipien, die Methodologie, die Anwendungsvoraussetzungen und die Behandlungsindikationen (vgl. Wassmann 2009b, S 9).

Merkmale in der Face-to-face Verhaltenstherapie

Die therapeutische Beziehung wird in der aktuellen Literatur als einer der wichtigsten Wirkfaktoren der Psychotherapie beschrieben, da die Qualität der Therapeut-Klient-Beziehung für den therapeutischen Verlauf entscheidend ist. Wichtige Elemente dabei sind die Empathie, die Wertschätzung, die Echtheit und die Bestätigung (Holm-Hadulla 2000, S 126). Als weitere Aspekte die sich positiv auf die therapeutische Beziehung auswirken, werden die gleichschwebende Aufmerksamkeit, die ungerichtete Bewusstheit (*awareness*), das wohlwollende Zuschauen und das aktive Zuhören des Psychotherapeuten beschrieben (vgl. Stumm 2009, S 43). In der Psychotherapie geht es um eine professionelle Beziehung, wobei der Therapeut ganz für den Klienten da ist. Um Abhängigkeit zu vermeiden, aber trotzdem das Bedürfnis nach Zuwendung und Kontakt wertzuschätzen, ist es wichtig die zeitliche Begrenzung der Therapie zu betonen (vgl. Zimmer 2009, S 67).

Das Prinzip der Hoffnung, die Überzeugung des Therapeuten, dass dem Patienten tatsächlich zu helfen sei, führt im weiteren Schritt dazu, dass der Klient die Erfahrung macht, dass er selbst etwas verändern kann. Die sogenannte Selbstwirksamkeit oder die Hilfe zur Selbsthilfe zählen zu den allgemeinen Grundprinzipien der Verhaltenstherapie (vgl. Holm-Hadulla 2000, S 124; Wassmann 2009b, S 10).

Die Verhaltenstherapie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie an der aktuellen Problematik ansetzt und die mittels einer Problem- bzw. Verhaltensanalyse herausgearbeiteten Themen in ein möglichst individuelles Programm eingebettet werden. Somit ergibt sich, dass bei unterschiedlichen Störungsbildern verschiedene Vorgehensweisen indiziert sind. Das allgemeine Behandlungsmodell der Verhaltenstherapie bezieht sich darauf, dass Diskrepanzen zwischen einem bestehenden Ist-Zustand und einem gewünschten Soll-Zustand durch das Durchleben des Problemlöse-Prozesses behoben werden sollen und der Leidensdruck dadurch verringert wird.

Das in sieben Phasen unterteilte Prozessmodell von Kanfer und Grimm (1981) hat sich als allgemeines Behandlungsmodell bewährt. Die Hauptziele der sieben Stufen liegen in:

1. Rollenstrukturierung und Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft
2. Verpflichtungen zu einer Veränderung
3. Verhaltensanalyse
4. Vereinbarung von Behandlungsinhalten
5. Durchführung der Behandlung und Aufrechterhalten der Motivation
6. Registrieren und Bewerten des Fortschritts
7. Generalisierung und Beendigung des Treatments

Die Abgrenzung der Phasen ist schwierig. Bei Schwierigkeiten in höheren Phasen kann auf niedrigere zurückgekommen werden (Kanfer & Grimm 1981). Das zurzeit aktuellste Modell ist das Selbstregulationsmodell von Kanfer (1986), welches einen dreiphasigen Selbstregulationsprozess beschreibt, um Verhalten steuern und beeinflussen zu können. Die erste Ebene (Alpha) bezieht sich auf beobachtbare Elemente und die externe Umgebung. In der zweiten Ebene (Beta) geht es um kognitive Prozesse und Inhalte. Die dritte Ebene (Gamma) umfasst die biologisch-physiologische Ebene.

2.4.2 Behandlungsmodelle und –methoden der Face-to-face Verhaltenstherapie

Neben dem allgemeinen Behandlungsmodell in der Verhaltenstherapie haben sich störungsspezifische Behandlungskonzepte durchgesetzt, die gemäß Diagnoseschemata, wie dem ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 1993) und dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) entwickelt wurden, um Effizienz in der Interventionsforschung besser nachweisen zu können. Durch die Entwicklung von Therapiemanualen sollen Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit gewährleistet werden. Die Flexibilität ist dabei ein wichtiger Punkt, da aufgrund der zunehmenden Beachtung sogenannter Komorbiditäten (Mehrfachdiagnosen) klar ist, dass das Befolgen eines strikten Behandlungsleitfadens nicht ausreichend ist und deshalb die Kombination der Behandlungsrichtlinien für die vorliegenden Störungen notwendig (vgl. Parfy 2009, S 134). Die Verhaltenstherapie hat sich vor allem im Bereich folgender Störungen als effektiv erwiesen: Angststörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Schmerzstörungen, Sexuelle Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Training sozialer Kompetenzen (vgl. Wassmann 2009b, S 161ff).

Im folgenden Abschnitt sollen einige ausgewählte Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie kurz vorgestellt werden.

Zu den bekannten Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie zählen die Konfrontationsverfahren, die sich in der Art des Reizes und in der Intensität der Reizdarbietung voneinander unterscheiden. Zu den in sensu Verfahren als graduierte Konfrontation zählt die Systematische Desensibilisierung (mit Entspannung); als massierte die Implosion (Reizüberflutung in sensu).

Eine Form der graduierten in vivo Darbietung wäre das Angstbewältigungstraining (mit Entspannung); eine massierte Reizkonfrontation in vivo wäre das Flooding (vgl. Wassmann 2009a, S 107f).

Ein weiterer wichtiger Baustein einer Behandlung umfasst die Selbstkontrollmethoden, da Selbstkontrolle zum einen ein wichtiges Ziel der Behandlung darstellt, aber auch als gezielte Intervention zur Verhaltensbeeinflussung herangezogen wird. Mittels dieser Methoden sollen Patienten Eigenverantwortung und Selbstbestimmung übernehmen – im Sinne des Ziels „Hilfe zur Selbsthilfe“. Wichtige Techniken der Selbstkontrolle sind die Selbstbeobachtung, die Selbstverstärkung und –bestrafung, die Stimuluskontrolle und der Gedankenstopp (vgl. Batra 2009, S 90 ff).

Kognitive Verfahren haben in der Verhaltenstherapie einen wichtigen Stellenwert, da Kognitionen Emotionen und Verhalten beeinflussen. Die kognitive Therapie nach Beck (1976) wurde ursprünglich zur Therapie von Depressionen entwickelt. Beck geht davon aus, dass dysfunktionale Denkfehler (Grundannahmen und automatische Gedanken) zur Aufrechterhaltung einer Störung beitragen. Im Prozess der kognitiven Umstrukturierung geht es im Verlauf der Behandlung darum, automatische Gedanken zu identifizieren, zu prüfen und zu widerlegen (vgl. Hautzinger 2009, S 125f).

Ein weiterer Behandlungsbaustein der Verhaltenstherapie sind Entspannungsmethoden, wie zum Beispiel die Muskelrelaxation nach Jacobson (1938) oder das Biofeedbacktraining. Beim Biofeedback werden physiologische Prozesse, die eigentlich der Wahrnehmung unzugänglich sind, in wahrnehmbare (optische oder akustische) Signale verwandelt, um dem Individuum damit die Möglichkeit zu eröffnen, diese Prozesse willkürlich zu beeinflussen. Es ist also eine Rückkoppelung („Feedback“) von Biosignalen (daher „Bio“). Biofeedback wird u.a. bei folgenden Störungen eingesetzt: Schlafstörungen, Angststörungen, Sexualstörungen und Schmerzstörungen. Aber auch zur Stressbewältigung, zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und zur Prävention chronischer Erkrankungen (Trabert 2009, S 114f; Vaitl 1994, S 272; Vaitl, 2000).

2.4.3 Behandlungsmodelle in der internetbasierten Verhaltenstherapie

Wie in den Kapiteln 2.2. und 2.3.4 besprochen lassen sich internetbasierte Interventionen auf unterschiedliche Weise realisieren, von therapeutischem E-Mail Kontakt bis zur Benutzung interaktiver Programme. Die Häufigkeit des therapeutischen Kontaktes und die Berücksichtigung der Phasen der Behandlung (Prävention, Nachbetreuung, Rückfallprophylaxe) sind dabei ausschlaggebend für die Gestaltung der Intervention.

Da die meisten internetbasierten Programme auf Prinzipien und Konzepten der Verhaltenstherapie basieren (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009; Eichenberg, Ott 2011), orientieren sich diese auch an dem allgemeinen Behandlungsmodell nach Kanfer und Grimm (siehe Kapitel 2.4.2).

In der traditionellen Verhaltenstherapie existieren für bestimmte Störungsbilder bestimmte Behandlungskonzepte. Auch für internetbasierte Interventionen wurden in den letzten Jahren störungsspezifische Behandlungskonzepte und Manuale entwickelt.

Die meisten internetbasierten Interventionsformen sind eine Kombination aus mehreren Elementen, wie zum Beispiel die Kombination aus automatisierten Programmen und zusätzlicher Unterstützung eines Professionisten in Form von E-Mail- oder Telefonkontakten.

„Guided Internet-delivered treatment is an approach which combines the advantages of structured self-help materials, presented in an accessible fashion via the Internet, with the important role played by an identified therapist who provide [sic] support, encouragement and occasionally direct [sic] therapeutic activities via e-mail.“ (Anderson 2009, S 175 zit. nach Postel, de Haan, De Jong 2008)

Exemplarisch werden im Folgenden zwei Programme kurz vorgestellt.

1. SALUT BN (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 119ff)

SALUT BN ist ein internetbasiertes Selbsthilfeprogramm, basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie, für Patienten mit Bulimia nervosa (BN). Es ist in acht Sprachen verfügbar und enthält sieben Behandlungsmodule:

Motivation, Selbstbeobachtung, Verhaltensänderung, Problemlösen, Kognitive Umstrukturierung, Selbstbehauptung und Rückfallprävention.

Wesentliche Bestandteile des Programms sind verschiedene Übungen und die wöchentliche Zusammenfassungen des Esstagebuchs. Zusätzlich wird Informationsmaterial zum Thema bereitgestellt.

Einmal wöchentlich erfolgt ein E-Mail-Austausch zwischen Patient und Therapeut bei dem es um Feedback über erfolgte Veränderungen, Ermutigung und Beantwortung von Fragen geht. Zusätzlich sind drei persönliche Kontakte mit dem Therapeuten vorgesehen innerhalb einer Behandlungsdauer von sechs Monaten vorgesehen.

2. Interapy (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 137ff)

Interapy ist ein internetbasiertes Therapieprotokoll für posttraumatische Belastungsstörungen. Grundstein für die Entwicklung dieses internetbasierten Therapieprotokolls war das „Amsterdam Writing Project“ (Lange et al. 2002), das strukturierte Schreibaufgaben nach Erlebnis einer traumatischen Erfahrung untersuchte.

Interapy beinhaltet verschiedene störungsspezifische Behandlungsmanuale. Die Grundlage der Behandlungsprotokolle bilden die im Face-to-face-Setting evaluierten Therapiemanuale.

Auch hier gibt es festgelegte Behandlungsschritte. Nach einer Anmeldung und ausführlichen Informationen über das Störungsbild erfolgt ein Online-Screening auf dessen Basis eine Online-Diagnostik erstellt wird.

Wesentliche Bestandteile der Behandlung bilden Psychoedukation, strukturierte Manuale und Schreibanleitungen inklusive individuelle Instruktionen und

Feedback des Therapeuten. Zwei Mal pro Woche ist ein E-Mail-Kontakt zwischen Patient und Therapeut vorgesehen.

Festzuhalten ist, dass Interapy im Rahmen einer stark strukturierten Webseite mit eigenem, passwortgeschütztem Patienten-Bereich stattfindet.

In den letzten Jahren erschienen einige Studien, die sich mit der Wirksamkeit von internetbasierten Programmen beschäftigen. Aktuell liegen Studien zu stark strukturierten und manualisierten internetbasierten Interventionsprogrammen vor, die in randomisierten Kontrollgruppen auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert wurden.

Dies sind

- im Bereich der affektiven Störungen: Studien zu Depression (Andersson et al. 2005; Mackinnon et al. 2008; Wright et al. 2005),
- im Bereich der Angststörungen: Studien zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (Knaevelsrud et al. 2007; Lange, et al. 2003), Panikstörung (Carlbring et al. 2006; Lange et al. 2007), und Sozialphobie (Carlbring et al. 2007),
- sowie Studien zu Essstörungen (Paxton et al. 2007; Williamson et al. 2005).

Für detaillierte Ergebnisse findet sich im Anhang eine Übersichts-Tabelle zu den vorliegenden Wirksamkeitsstudien.

Die genannten Studien zeigen, dass Internet-Interventionen für spezifische Krankheitsbilder geeignet sind und zu einer signifikanten Reduktion der Symptome führen können (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 137; Kersting et al. 2009, S 800ff). Zu erwähnen ist aber, dass es sich bei den evaluierten internetbasierten Interventionen meist um kurze Behandlungszeiträume handelt. Längere Behandlungszeiträume (von 6 bis 12 Monaten), die in der ambulanten Psychotherapie üblich sind, wurden nur selten evaluiert (vgl. Kersting et al. 2009, S 802). Bisher wurden die meisten Programme von universitären Einrichtungen entwickelt und nur unter experimentellen Bedingungen getestet. Ob die gute Wirksamkeit auch in der routinemäßigen

Anwendung bestätigt werden kann, ist noch zu untersuchen (vgl. Eichenberg, Ott 2011).

Kersting et al. (2009) fordern Untersuchungen zur Wirksamkeit von Internettherapie **im Vergleich** zu Face-to-face Behandlungen, da bisher lediglich in zwei Studien Face-to-face Behandlungen als Kontrollgruppen untersucht wurden. Außerdem fordern sie eine Definition von empirisch basierten Indikations- und Kontraindikationskriterien.

Weiters wird die Problematik der Beweissicherung angemerkt. In der Psychotherapieforschung kann erst dann von einem gesicherten Ergebnis ausgegangen werden, wenn das Konvergenzkriterium (Fäh, Fischer 1998) erfüllt ist. Dieses besagt, dass Forschungsdaten aus mindestens zwei, möglichst drei unterschiedlichen Studientypen beim gleichen Forschungsthema zu konvergenten Ergebnissen kommen müssen. Bezogen auf die vorliegenden Studien (randomized controlled trials) zum Wirksamkeitsnachweis von internetbasierten Interventionen sollte sich die Forschung zukünftig um eine Validierung mit unterschiedlichen Methoden bemühen. (vgl. Eichenberg, Ott 2011)

Es stellt sich die Frage nach der „Eigenständigkeit“ von internetbasierten Interventionsformen. Mit dem Einsatz von (neuen) Medien **verändern** sich Kommunikation (siehe Kapitel 2.2), Behandlungsmethoden (siehe Kapitel 2.4.3) und auch Beziehung (siehe Kapitel 2.4.4) zwischen den beteiligten Personen - sie werden **anders**, aber können und müssen sie überhaupt mit einer Face-to-face-Situation verglichen werden?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits einige Studien zur Wirksamkeit von internetbasierten Interventionsprogrammen vorliegen und dass grundsätzlich stark manualisierte, strukturierte Behandlungskonzepte leichter an das Internet-Setting adaptierbar sind.

2.4.4 Therapeutische Beziehung im Internet

Wie in jeder zwischenmenschlichen Begegnung spielen auch in der Therapie die ersten Momente eine wesentliche Rolle. Diese bilden die Grundlage für spätere Umgangsformen, wechselseitige Erwartungen und Stimmungsgehalte in der Beziehung (vgl. Parfy 2009, S 123). Brunner (2009, S 40) fasst Beziehung als *„die ganzheitliche Begegnung zwischen kopräsenten Personen. Diese anwesenden Personen konstituieren sich durch eine je unverwechselbare Identität, die in der sozialen Situation wechselseitig bestätigt wird.“*

Die Relevanz der Klient-Therapeut-Beziehung ist in der bestehenden Literatur unbestritten. Eine gute therapeutische Beziehung bildet das Fundament für einen erfolgreichen Therapieprozess. (vgl. Parfy 2009; Stetina, Kryspin-Exner 2009 S 122) Internetbasierte Beratungs- und Therapiemöglichkeiten werfen Fragen nach Möglichkeiten und Grenzen computervermittelter Kommunikation auf, die die Grundlage für den Beziehungsaufbau bildet. Kann über computervermittelte Kommunikation ein stabiles Arbeitsbündnis hergestellt werden? Ist es möglich eine tragfähige therapeutische Beziehung über beziehungsweise im Internet aufzubauen?

Da therapeutische Netzkommunikation meist schriftlich, in Form von E-Mail-Austausch stattfindet, besteht die Befürchtung, dass sich diese unpersönlicher und in reduzierter Form und Intensität gestaltet. (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009, S 122) Einen grundlegenden Unterschied, zwischen der internetbasierten Psychotherapie und der konventionellen Verhaltenstherapie, stellt die fehlende physische Präsenz sowie die schriftliche, asynchrone Kommunikation dar. Während in der normalen Sprechzimmertherapie die physische Anwesenheit des Therapeuten einschließlich aller sozialer und nonverbaler Signale (z. B. Körperhaltung, Gesichtsmimik, Augenkontakt, Betonung der gesprochenen Sprache) eine Rolle spielt, und diese unter Umständen auch über das Zustandekommen oder Fortführen einer therapeutischen Beziehung entscheiden, ist die internetbasierte Kommunikation zwischen Therapeut und Klient deutlich sinnreduziert. Dies ermöglicht dem Klienten aber auch ein Bild

des „idealen Therapeuten“ zu kreieren, was wiederum zu mehr Offenheit in der Kommunikation führt. (vgl. Wagner 2008, S 1457)

Das Bundesministerium für Gesundheit schließt aus genannten Gründen das Herstellen einer therapeutischen Beziehung im Internet aus:

„Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdrucks. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt – wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht – erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind.“
(BmFG 2005, S 5)

Forschungen und Studien aus den letzten Jahren (Cook, Doyle 2002; Knaevelsrud et al. 2006) widerlegen diese Befürchtung. Wagner postuliert, dass das Fehlen von Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Klient und Therapeut (z.B. Geschlecht, Alter, und Aussehen) zu einer verstärkten Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen kann. (vgl. 2008, S 1458)

Die räumliche Distanz, stärkere Anonymität und Kontrolle der Kommunikation ermöglichen ein enthemmteres, intimeres und offeneres Kommunizieren über sich selbst. (vgl. Stetina, Kryspin-Exner 2009; Kersting et al. 2009)

Empirische Befunde belegen, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung auch über das Internet aufgebaut werden kann. In einer Vergleichsstudie von Cook, Doyle 2002 (verglichen wurde therapeutische Beziehung einer Onlinetherapie mit derjenigen einer ambulanten Psychotherapie) wurde die therapeutische Beziehung in der Onlinetherapie von Klienten insgesamt sogar als signifikant besser bewertet. Eine Folge-Untersuchung zur therapeutischen Beziehung im Internet bei posttraumatischen Belastungsstörungen zeigte ähnliche Ergebnisse (Knaevelsrud & Maercker 2006).

Diese Studien über therapeutische Beziehung im Internet lassen Vorteile in der computervermittelten Kommunikation vermuten, die den Verlauf einer Therapie positiv beeinflussen können.

Insgesamt belegen die vorher genannten wissenschaftlichen Befunde, dass das Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses auch im Internet-Setting möglich ist. Von den Beteiligten wird die therapeutische Beziehung im Internet als mindestens so vertrauensvoll und produktiv erlebt wie in einer traditionellen Behandlung (Knaevesrud, Maercker 2006).

Zusammenfassend liegt daher nahe, dass die therapeutische Beziehung auch im Internet aufgebaut werden kann.

III. EMPIRISCHER TEIL

3.1 Untersuchungsdesign

Im Folgenden werden Untersuchungsziel, Forschungsfragen und Sampling vorgestellt, sowie die Erhebungsmethode, die Durchführung und die Auswertung der Untersuchung beschrieben und diskutiert.

3.1.1 Untersuchungsziel und Forschungsfragen

Dass es eine Differenz zwischen mediatisierter und nicht mediatisierter Intervention gibt, ist weitgehend bekannt und belegt und wurde im Theorieteil dieser Arbeit dargelegt (siehe Kapitel 2.2, 2.4).

Die Frage, die interessiert, und mit der sich die vorliegende Arbeit beschäftigt ist nun:

Wie gestaltet sich diese Differenz und wie wird sie von Therapeuten wahrgenommen und beschrieben?

Absicht ist es, die Einstellung von Verhaltenstherapeuten zu therapeutischen Interventionen im Internet zu untersuchen. Hauptaugenmerk liegt dabei auf

- ihrer Wahrnehmung des Unterschieds zwischen onlinebasierter und herkömmlicher Intervention
- sowie ihrer Wahrnehmung der Auswirkung computervermittelter Kommunikation auf die therapeutische Beziehung

Zusätzlich soll untersucht werden, ob es Elemente in der Face-to-face Verhaltenstherapie gibt, die in einer onlinebasierten Therapie anwendbar wären.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

a) Wie gestaltet sich die Differenz zwischen mediatisierter und herkömmlicher Intervention?

- Wie wird sie von Therapeuten wahrgenommen und beschrieben?

- Welche therapeutischen Elemente der Face-to-face Therapie wären aus Sicht der Therapeuten in einer onlinebasierten Therapie anwendbar?

b) Welchen Stellenwert hat die Beziehung zwischen Therapeut und Klient im Therapieprozess?

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der therapeutischen Beziehung und computervermittelter Kommunikation?

Es sollen Unterschiede, Möglichkeiten und Grenzen von Face-to-face Interventionen und onlinebasierten Formen herausgearbeitet und aufgezeigt werden. Das Interesse gilt hier ausschließlich Konzepten der Verhaltenstherapie, einerseits weil in diesem Bereich bereits Untersuchungen und Studien zur Wirksamkeit von internetbasierten psychologischen Interventionen existieren und andererseits, um den Rahmen des Forschungsvorhabens nicht zu sprengen.

3.1.2 Sampling und hermeneutische Reflexion

Die vorliegende qualitativ-empirische Untersuchung wurde für 4 Personen konzipiert. Es handelt sich um Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Österreich, die in der Fachrichtung Verhaltenstherapie tätig sind.

Hermeneutische Reflexion

Die Reflexion der eigenen Forschungspraxis sowie der Vorannahmen der Forscherin gehört zu den wesentlichen Prinzipien der qualitativen Sozialforschung (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S 67ff). Deshalb soll hier transparent gemacht werden wie sich die Erhebung gestaltet und statt gefunden hat.

Ursprünglich war geplant, zwei Verhaltenstherapeuten, die im traditionellen Face-to-face Setting arbeiten, sowie zwei, welche Erfahrung mit onlinebasierter

Therapie haben, zu befragen. Dazu wurden zwei Leitfäden mit ähnlicher Grundstruktur entwickelt; einer für die Befragung der traditionellen Therapeuten und einer für Interviewpartner, die onlinebasiert arbeiten. Ziel war es, einen Vergleich dieser unterschiedlichen Perspektiven herauszuarbeiten.

Im Laufe der Recherche und nach den ersten Interviews stellte sich heraus, dass es kaum Therapeuten gibt, die ausschließlich onlinebasiert arbeiten. Ein Vergleich war somit weder sinnvoll noch zielführend. Deshalb wurde das Sampling verändert und die beiden Leitfäden zu einem zusammengefasst sowie die Fragestellungen so adaptiert, dass sie auf die Wahrnehmung und Beschreibung der Differenz (von onlinebasierter und Face-to-face Intervention), sowie auf die Einschätzung von Nutzung, Anwendung und Auswirkung abzielte.

3.2 Erhebung

Als Erhebungsmethode wurde das Experteninterview gewählt, da das Forschungsinteresse dem spezifischen Wissen sowie den Erfahrungen und Einstellungen der Befragten zu einem bestimmten sozialen Sachverhalt, gilt.

„In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird der Begriff „Experteninterview“ meist an die Expertenrolle des Interviewten im untersuchten, sozialen Feld gebunden (...). Experteninterviews sind in dieser Perspektive Interviews mit Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen Stellung über besonderes Wissen verfügen“ (Gläser, Laudel 2009, S 12f).

Przyborski und Wohlrab-Sahr verstehen Experten als Personen, die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S 133).

Experteninterviews werden verwendet bei (...) *Untersuchungen, in denen soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen, um eine sozialwissenschaftliche Erklärung zu finden (Gläser, Laudel 2010, S 13).*

3.3 Durchführung

Die Expertengespräche wurden als offene Leitfadeninterviews geführt, um die festgelegten Fragestellungen zu behandeln, und auch auf die subjektiven Relevanzstrukturen der Befragten eingehen zu können (vgl. Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S 139).

Die Durchführung orientiert sich an Przyborskis und Wohlrab-Sahrs (2010) empfohlenem Ablaufschema für Expertengespräche. Dabei wird möglichst viel der gewünschten Information durch den Interviewpartner selbstläufig präsentiert, und außerdem das besondere Beziehungsgefüge des Expertengesprächs berücksichtigt (vgl. S 134).

Insgesamt wurden dann fünf Interviews mit VerhaltenstherapeutInnen geführt, davon vier Frauen und ein Mann. Die Interviews dauerten durchschnittlich 40 Minuten. Zwei der Befragten gaben an „erste Erfahrungen“ mit onlinebasierten Interventionen zu haben. Lediglich eine der befragten Personen praktiziert onlinebasierte Therapie regelmäßig, zusätzlich zur therapeutischen Praxis ist sie in Forschung und Lehre tätig. Der Rest der Befragten gab an keine Erfahrung mit onlinebasierten Interventionen zu haben.

Die Interviewtermine wurden vorab per E-Mail oder Telefon vereinbart und fanden am Arbeitsplatz der PsychotherapeutInnen statt. Die Interviews wurden unter Einverständnis der Gesprächspartner mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Da der Fokus auf dem Inhalt des Gesprochenen liegt und nicht auf sprachanalytischen Zusammenhängen, erscheinen spezielle Transkriptionsregeln als nicht notwendig. Es werden die allgemeinen Regeln des Transkribierens verwendet. Diese Regeln dienen der Handhabbarkeit, der Lesbarkeit und der Interpretierbarkeit (vgl. O'Connell, Kowal 1995, S 96 zit. nach Flick 2007, S 380).

3.4 Auswertung

Ausgewertet wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring. Es werden drei Grundformen des Interpretierens unterschieden:

1. Zusammenfassung
2. Explikation
3. Strukturierung

Da die Inhaltsanalyse aber kein Standardinstrument ist, das immer gleich aussieht, sondern an das Material anzupassen ist sind auch die verschiedensten Mischformen dieser Analysearten zulässig. (vgl. Mayring 2008, S 58)

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Mischform von Zusammenfassung und inhaltlicher Strukturierung angewandt.

„Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentliche Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterial ist.“ (Mayring 2008, S 58)

„Das Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist es bestimmte Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“ (vgl. ebda. S 89).

Da versucht wurde die wesentliche Inhalte des Materials durch Reduktion herauszufiltern und gleichzeitig das Interesse bestimmten Aspekten des Materials galt, erschien die Mischform aus Zusammenfassung und Strukturierung als geeignet.

Auf Basis dieser Kombination (der beiden Analyseformen) erfolgte auch die Kategorienbildung teils theoriegeleitet teils fanden sie sich im erhobenen Material wieder.

Das gesamte Material konnte so systematisch durchsucht und bestimmte Inhaltsbereiche zu Themen gebündelt werden.

Nach Definition der Analyseeinheiten werden in einem ersten Schritt inhaltstragende Textstellen paraphrasiert. Dabei werden ausschmückende, nicht

relevante Aussagen gestrichen, ähnliche und bedeutungsgleiche Aussagen werden gebündelt und zusammengefasst. (vgl. Mayring 2008, S. 61)

In der vorliegenden Arbeit erfolgt dies innerhalb eines Reduktionsschrittes.

Im Weiteren folgen die Zusammenstellung des Kategoriensystems und die Formulierung von Definitionen, welche diese Kategorien beschreiben, sowie Ankerbeispiele, die unter die jeweilige Kategorie fallen und als Beispiel gelten sollen.

Anhand des Kategoriensystems kann nun das extrahierte Material pro Kategorie zusammengefasst und interpretiert werden.

Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und in Bezugnahme auf die Fragestellungen diskutiert.

3.4.1 Kategoriensystem

A Erfahrungen mit computervermittelter Kommunikation

B Differenz zwischen mediatisierte Kommunikation und Face-to-face-Kommunikation in Bezug auf folgende Aspekte

Diese Kategorie befasst sich mit den Unterschieden zwischen mediatisierter Kommunikation und Face-to-face-Kommunikation im Therapieprozess in Bezug auf folgende Teilbereiche:

- B1 Beziehungsherstellung und -gestaltung
- B2 Kommunikation und Symbolik
- B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
- B4 Störungsbilder

C Zielgruppe

D Zukunftsperspektiven

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
A Erfahrung mit CvK	Haben die Befragten Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit? Wie werden Erfahrungen beschrieben?	„Mm, nein hab ich gar nicht, also ich hab natürlich mit Borderlinern immer wieder intervenierenden E-Mail Kontakt, aber das ist eigentlich ähm eine Zusatzintervention zur Therapie..“

B Differenz zwischen mediatisierter Kommunikation und Face-to-face-Kommunikation in Bezug auf folgende Aspekte

<p>B1 Beziehungsherstellung und -gestaltung</p>	<p>Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist ausschlaggebend für den Therapieverlauf. Wie wird die das Herstellen und Gestalten einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung (oder die Möglichkeit davon) mittels mediatisierter Kommunikation im Unterschied zu einer Beziehungsherstellung im Face-to-face-Setting beschrieben? Nähere Ausführungen siehe Kapitel</p>	<p>„Hm spontan würd ich sagen, geht gar nicht...weil ich denke dass Therapie sehr stark beziehungsabhängig ist ...und ich stell mir die Frage wie ich quasi eine wirkliche Beziehung über diese Medien aufbauen kann“ „ich müsst irgendwie schaffen übers Internet eine Beziehung aufzubauen, dann kann man diese Sachen machen“</p>
<p>B2 Kommunikation und Symbolik</p>	<p>In einem Face-to-face Setting spielen nonverbale Elemente, wie Mimik und Gestik, eine wichtige Rolle. Bei computervermittelter Kommunikation (wie im Online-Setting) fehlen diese Elemente bzw können nur ersetzt werden. Welche Auswirkungen haben diese Unterschiede für die Therapiesituation. Welche Bedeutung hat physische Präsenz bzw. die Abwesenheit für Kommunikation und Symbolik Nähere Ausführungen finden sich in Kapitel ..</p>	<p>„...der Dialog fehlt, weil ehm der Ton der Musik, also der Wortklang ehm“ „also ein Nachteil ist dass ich so das Emotionale nicht transportieren kann weil ich muss dann alles über die Formulierung machen und das geht nicht immer.“</p>

<p>B3 Anwendung von und Methoden Verfahren</p>	<p>Es werden Vorgehensweisen beschrieben, die sich besonders gut eignen über cvK Welche Methoden können wie angewendet werden? Möglichkeiten und Grenzen von CvK und f2f werden besprochen.</p>	<p>„...gerade das Beck'sche Modell (...) die Beck'sche Form der kognitiven Therapie kann ich mir sehr gut vorstellen“ „alles was Psychoedukation und übungsbasiert ist“</p>
<p>B4 Störungsbilder</p>	<p>Diese Kategorie erfasst Äußerungen und Begründung der Experten, bei welchen Störungsbildern sich der Einsatz von internetbasierten Interventionen eignet.</p>	<p>„...für sozialphobische Menschen stell ichs mir überhaupt ganz toll vor, weil Sozialphobische kommen aus meiner Erfahrung nicht leicht in eine Praxis.“ „Bei Depressionen kann ichs mir schwer vorstellen, weil die sind die so ganz viel dieses Zwischenmenschliche brauchen, den Kontakt“</p>
<p>C Zielgruppe</p>	<p>Es werden Textstellen gesammelt, in denen die Befragten Personengruppen nennen, die potentiell Klientel für onlinebasierte Interventionen darstellen, sowie Gründe anführen, warum diese Personen zur Zielgruppe gezählt werden können.</p>	<p>„gerade bei Jugendlichen ist das super, weil die mögen das ganz gerne“ „also ich glaub das ist altersspezifisch, so zwischen 15 und 50“</p>

<p>D Zukunftsperspektiven</p>	<p>Aussagen zur Nachfrage sowie zur Aus- und Weiterbildungsüberlegungen im Bereich onlinebasierter Interventionen werden beschrieben.</p>	<p>„ also ich hab bis jetzt eine Klientin gehabt die sich gewünscht hätte, dass ma übern Sommer die Therapie online weiterführen, weil sie übern Sommer ins Waldviertel gefahren ist“</p> <p>„...also wenn Online Therapie jetzt aufgenommen werden soll ins theoretische Konzept einer Therapie dann muss das natürlich aus gelernt werden“</p>
---	---	--

Tabelle 2: Kategoriensystem

Im Folgenden wird exemplarisch die Auswertungstabelle eines Falls dargestellt. Die weiteren Auswertungen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Kurzfragebogen zur Erfassung der Sozialdaten
ausgefüllt am 26.09.2011

Name (anonymisiert)	Tanzstunde
Geschlecht	W
Alter	36
Wohnort (Bundesland)	Niederösterreich
Fachrichtung/Methode	Verhaltenstherapie
Tätig seit	9 Jahren
Setting	Einzeltherapie, Gruppentherapie
Erfahrung mit onlinebasierter Therapie/Beratung	Beratung: ja, Therapie: nein

3.4.2 Fall A „Tanzstunde“

Fall A	Primärtextstelle	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
8-11	Beratung. Therapie ist halt aus meiner Erfahrung, dass es begrenzt wirkt, weil halt so die Interaktion ein wesentlich Wirkfaktor offensichtlich sein dürfte, weil per online kann ich halt gewissen Technikvorschläge schicken, die ich vorab besprochen hab, aber irgendwie funktioniert die Umsetzung nicht so wie wenn ma's da einfach besprechen.	Beratung ja, Therapie wirkt nur begrenzt. Umsetzung funktioniert per online nicht so wie in einem Face-to-face-Gespräch.	Therapie wirkt online nur begrenzt	K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation
161-170	Also ich glaub dass das sehr wichtig ist, ja ich glaub einfach wenn ich jetzt zum Beispiel jemand bin der eine sehr aggressive Gestik hat, dann werd ich nicht viel reißen quasi dann werden sich die Leute nicht sehr wohl fühlen. Ja oder wenn ich jetzt jemand bin der sehr dominant durch den Raum geht dann werden die schon Angst kriegen wenn ich bei der Tür rein komm, das heißt ich mein ich kann schon jetzt irgendwie dominant sein aber ich muss mich halt dann soweit unter Kontrolle haben und das glaub ich ist das Schwierige, dass man dann einfach eine Körperhaltung einnimmt die irgendwie beruhigend ist also die was Beruhigendes vermittelt, ja weil wenn ich jetzt auf meinem Sessel sitz und die ganze Zeit da hin- und herrutsch mir die Haare rauf und weiß ich nicht was alles ja wird das nicht so also grundsätzlich die	Bei aggressiver Gestik fühlen sich die Leute nicht wohl, kriegen Angst Schwierigkeit eine Körperhaltung einzunehmen, die etwas Beruhigendes vermitteln soll	Körperhaltung soll etwas Beruhigendes vermitteln	K: B2: Kommunikation und Symbolik

	Körperhaltung sollt halt schon so sein, dass man Ruhe ausstrahlt.			
177-184	Was ganz wichtig ist, glaub ich ist die Gestik, also oder die Mimik mehr, die Mimik Entschuldigung die Mimik, weil mich fragen oft Leu:te wieso schauen Sie so? Ich denk oft wirklich sehr angestrengt, weil das so wirr ist manchmal und ich will dann nicht fragen und den da noch quälen und dann schau ich halt oft konzentriert oder ausm Fenster oder so. Wieso schauen Sie so? was ist jetzt? was hab ich jetzt gesagt? was denken Sie sich jetzt? Sie finden mich jetzt blöd, hab ich recht?	Mimik ist ganz wichtig. Angestregtes Denken und konzentriertes Schauen irritiert und verunsichert Klienten	Mimik ist sehr wichtig	
191-192	Ja, also das heißt wenn das Gesicht nicht mehr entspannt aussschaut ist das oft sehr irritierend, aber ich kann halt nicht immer denken, ganz angestrengt und dabei noch entspannt ausschauen	Unentspannter Gesichtsausdruck ist irritierend		
197-205	Ein Nachteil der mir jetzt schon einfällt ist einfach ahm dass ich so das Emotionale nicht transportieren kann oder schwerer transportieren kann weil ich muss dann alles über die Formulierung machen und das geht halt nicht immer weil es ist ich mein wenn wir reden ja dann kann ich ihnen sachliche Inhalte erzählen und ich kann ihnen trotzdem was Emotionales mittransportieren das geht ganz leicht. Wenn ich jetzt einen sachlichen Inhalt schreib und da will ich noch was Emotionales reinstopfen, dann tu ich mir schwer dass ich da noch rein bring 'Sie machen das gut' oder sonst irgendwas ja, das muss ich dann extra	Nachteil ist, dass emotionale Inhalte nicht oder nur schwer transportiert werden können. Sie müssen extra hingeschrieben werden und wirken dadurch oft plump oder unecht	Emotionale Inhalte können schriftlich nicht oder nur schwer transportieren werden	

<p>216-223</p>	<p>hinschreiben und dann ist es oft plump, dann ist das oft so, dass die Leute das dann als nicht so echt empfinden.</p> <p>Der Vorteil ist natürlich für Menschen die mit Emotionen jetzt nicht so gut können, dass es leichter ist, und für sozialphobische Menschen stell ichs mir überhaupt ganz toll vor, weil Sozialphobische kommen aus meiner Erfahrung nicht leicht in eine Praxis. Ich hab zwar immer wieder welche die sich melden, aber es ist glaub ich nur ein vielleicht nur fünf Prozent von allen die sich melden, dies dann wirklich schaffen, dass sie auch hingehen, weil halt die Hemmschwelle so groß ist und am Telefon geht das vielleicht irgendwie noch aber wens dann hingehen sollen und einem Therapeuten gegenüber treten sollen und dem auch noch erzählen sollen was sie alles nicht können und wie schlechts ihnen geht, geht sich nicht aus.</p>	<p>Für Menschen die mit Emotionen nicht gut umgehen können und für Sozialphobiker toll, weil die Hemmschwelle in eine Praxis zu kommen groß ist.</p>	<p>Sozialphobiker und Menschen, die Emotionen nicht gut umgehen können schaffen selten den Weg in eine Praxis</p>	<p>K: B4 Störungsbilder</p>
<p>229-234</p>	<p>Wie man dann die Überleitung macht zur Direktkontakt ist halt auch wieder schwierig weil irgendwann brauch ich das weil es ist ja ganz wichtig grade bei den Sozialphobischen, dass man ihnen vermittelt, ich mag dich, du bist ein toller Mensch, weil das ist ja die größte Angst dass jeder sie grauslich findet und ekelhaft und keiner mit ihnen zu tun haben will und wens nie irgendwo hin kommen können dann können sie nie Erfahrung machen, es gibt wen der mich gut findet, zumindestens einen.</p>	<p>Überleitung zu direktem Kontakt schwierig, aber gerade bei Sozialphobikern ganz wichtig, weil Angstgebilde aufgelöst werden sollen.</p>	<p>Schwierig ist Überleitung zu Dirrektkontakt – gerade bei Sozialphobikern wichtig.</p>	

240-247	<p>Oja, ich glaub schon, dass es besser wird ich weiß nur nicht ob so dieses letzte diesen letzten Knackpunkt wenn man so will ob man den auch erwischt, ja weil auch bei der Sozialphobie ist es ja so, dass die grundsätzlich irgendwann dieses Muster verlassen sollten. Ja dass die da irgendwann rauskommen sollte und die Überzeugung gewinnen ich bin eigentlich super wie ich bin oder zumindestens ich bin okay wie ich bin und die anderen Menschen finden mich auch okay sozusagen dass sich dieses ganze Angstgebilde auflöst und ich weiß nicht ob das geht ohne die Erfahrung zu machen, der weiß alles von mir, die ärgsten Sachen die ich sonst nie wem erzählen würd und der find mich trotzdem super</p>	<p>Grundsätzlich sollen auch bei Sozialphobie diese Muster verlassen werden</p> <p>Zweifel ob man „ich find dich trotz allem super“ online vermitteln kann.</p>	<p>Zweifel, ob Wertschätzung online vermittelt werden kann</p>	<p>K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung</p>
249-251	<p>Also das wage ich jetzt nicht zu beurteilen, ob ob das dann per Internet nicht geht. Ich wüsste jetzt nicht wie man das vermittelt, aber ich will jetzt nicht per se sagen dass es gar nicht möglich ist.</p>			
253-259	<p>Was mir noch eingefallen ist zu der Internettherapie ich könnte mir vorstellen dass es einfach für Menschen, die jetzt einfach eine Krise haben, was weiß ich Scheidung Arbeitslosigkeit Berufswechsel solche Dinge, dass es für die ganz gut ist, ja weil die haben vielleicht wenig Zeit und dass es da völlig ausreicht, also dass die jetzt nicht unbedingt den direkten Kontakt brauchen, sondern die brauchen vielleicht wirklich nur Hinweise, machen Sie das so und so oder probieren Sie dieses und jenes und die können sich da wieder raus holen, aber ich weiß nicht, ob das bei jemandem mit einer ausgewachsenen</p>	<p>Internettherapie möglich für Menschen mit Krisen, wie Scheidung, Arbeitslosigkeit. Brauchen den direkter Kontakt nicht unbedingt, brauche nur Hinweise</p> <p>Unsicher, ob Internettherapie bei Menschen mit einer</p>	<p>Internettherapie kann Möglichkeit für Menschen die nicht den direkten Kontakt brauchen, nur Hinweise</p>	<p>K: C Zielgruppe</p>

	psychischen Störung auch so gut geht.	ausgewachsenen psychischen Störung funktioniert.		
265-266	schwierig, weil es geht so zäh online also so im direkten Kontakt weil das basiert ja auf einer Fragetechnik die auf unbewusste Inhalte abzielt.	Es ist schwierig, weil es online zäh ist, da das auf einer Fragetechnik basiert, die auf unbewusste Inhalte abzielt.	Fragetechnik zielt auf unbewusste Inhalte ab	K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
269-273	Das soll rasch sein damit einfach möglichst viel ausm Unterbewusstsein raus kommen kann und wenn ich das jetzt per e-mail schick, dann schick ich die Frage, dann krieg ich irgendwann eine Antwort, das ist aber dann sozusagen ein Steinchen von weiß ich nicht das geht oft zwanzig Mal hin und her bis man dann wirklich amal an einen unbewussten Inhalt kommt also das stell ich mir ein bisschen zäh vor über Internet	Kommunikation per e-mail ist zäh im Vergleich zu Direktkontakt	Nicht klar, welche Kommunikationsformen unter „online“ gefasst werden.	K: B2 Kommunikation und Symbolik
279	Ja also jetzt weiß nicht ob online da nur e-mail gemeint ist oder oder auch chatroom, oder über skype.			
281-284	Chat geht auch ja, weil wenn ich einfach was schreib und gleich die Antwort krieg und wieder schreib und gleich die Antwort krieg denk ich amal müsst man ausprobieren ja da hab ich keine Erfahrungen, aber da könnt ich mir vorstellen, dass das noch geht. Ja aber wo es dann halt eng wird sind imaginative Verfahren, die die Verhaltenstherapie mittlerweile auch sehr ausnützt	Chat geht noch eher, weil Antworten gleich kommen; selbst aber noch keine Erfahrung damit Bei imaginative Verfahren online wird es eng	Imaginative Verfahren online schwer vorstellbar Kognitive Verfahren gut vorstellbar	K B3 Anwendung von Methoden und Verfahren

286-287	Aber so rein kognitiv im chat das kann ich ma schon gut vorstellen. Grade das Beck'sche Modell ist ein Modell dass ich mir sehr gut vorstellen kann.	Kognitive Verfahren im Chat gut vorstellbar, besonders das Beck'sche Modell		
290-294	Aber dann bin ich halt an einem Punkt wo ich sag okay jetzt hab ich das und das über mich rausgefunden dann muss es ja noch weitergehen und dann bin ich wieder dort wo ich halt nicht jetzt rein sachlich oder so quasi kommunizieren muss, sondern wo ich den halt auch ein bissl auffangen muss, weil das ist ja dann nicht lustig was dann raus kommt und das weiß ich halt wieder nicht wie das über einen Chat oder e-mail dann funktioniert	Punkt an dem man nicht mehr rein sachlich kommunizieren kann, dann muss Klient aufgefangen werden werden, weiß nicht wie das über Chat oder E-Mail funktioniert.	Emotionale Unterstützung ist online schwierig	K B2 Kommunikation und Symbolik
298-300	Was ich auch nicht hab über online ist so die direkte Kontrolle wie gehts dem. Also ich würd nicht sehen, wenn jetzt einer in irgendwas rein kippt wo er sich dann nachher vielleicht umbringt wenn er mir gegenüber sitzt merk ich das aber sehr wohl.	Keine direkte Kontrolle über Wohlbefinden des Klienten; im direkten Kontakt merkt man das sehr wohl.	Kontrollverlust durch Online-Kommunikation	K B1 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung
308-316	Und wenn ich den Menschen zum Beispiel jetzt nicht kenne und nicht abschätzen kann wie der von seinem seelischen Zustand ist, ob das einer ist der dann in irgendwas rein kippt wo er wirklich dann auch den Antrieb und die Motivation hat sich umzubringen, ja dann wirds spannend. Weil wenn ich mit dem Therapie	Schwierig wenn man nicht abschätzen kann, ob Klient in etwas hinein kippt, das zum Suizid führt.	Einschätzung über Wohlbefinden des Klienten online schwierig	

	<p>mach sozusagen solange der bei mir ist, bin ich schon bis zu einem gewissen Grad verantwortlich, sprich ich hab eine Meldepflicht wenn der wirklich suizidal wird ja dass ich ihn nicht festhalten kann ist auch klar, ja aber ich muss die Rettung rufen ich muss die Polizei rufen, ich muss möglichst schauen, dass der dann mit denen mitfährt, ich mein wenn er raus rennt einsperren darf ich ihn nicht ja aber ich könnt's ja nicht amal melden online.</p>	<p>Verantwortung, Meldepflicht, wenn Gefahr von Suizid besteht</p>		
318-323	<p>zumindestens für die Stunden nach dem Gespräch sollt schon so sein, dass er sich nicht direkt nachher umbringt, weil dann hab ich ein definitives Versäumnis ja weil dass ich nicht garantieren kann, dass er sich nicht in den nächsten drei Tagen umbringt, ja. Aber solange er bei mir ist muss ich halt abschätzen können braucht er jetzt mehr Unterstützung oder nicht und das kann ich halt online und im chat auch nicht unbedingt, weil die sagen das ja nicht hey was sie mit mir machen, jetzt möchte ich mich umbringen, der dreht vielleicht einfach den Chat ab, sagt ja war eh super und dann geht er und bringt sich um.</p>	<p>Hilflosigkeit: keine Möglichkeit Suizidgefahr zu melden</p> <p>Abschätzen ob mehr Unterstützung notwendig ist, kann ich online nicht</p>	<p>Angst vor Versäumnis, etwas nicht zu erkennen. Angst vor Hilflosigkeit, Ohnmacht, wenn Klient den „Kommunikationsraum“ (Chat, E-mail) verlässt.</p>	<p>K B2 Kommunikation und Symbolik</p>
329-333	<p>Eventuell bei Alkohol und Drogen, also Suchtkrankheiten, eventuell. Wo's vielleicht auch geht, ist so die die Zwischendurchbetreuung bei Schizophrenen eventuell weil die das meistens ganz schlecht aushalten, wenn sie in einem sehr emotionalen Rahmen sind, also für die is es meistens je weniger emotional desto besser weil die mit Emotionen nicht gut umgehen können.</p>	<p>Suchtkrankheiten eventuell</p> <p>Zur Zwischendurchbetreuung bei Schizophrenen, weil für die gilt je weniger emotional desto besser.</p> <p>Bei depressiven Menschen eher schwer vorstellbar, weil die zwischenmenschlichen Kontakt</p>	<p>Onlinetherapie eventuell bei Suchtkrankheiten, bei Schizophrenen zur Zwischendurchbetreuung und bei Angststörungen zur Technikvermittlung</p> <p>Bei Depressionen schwer vorstellbar.</p>	<p>K B4 Störungsbilder</p>

337-341	Bei Depressiven kann ichs mir schwer vorstellen, weil die sind die so ganz viel hab ich so Gefühl dieses Zwischenmenschliche brauchen den Kontakt, weil die sich eh so zurückziehen, eventuell bei Angststörungen am Anfang wo's einfach nur drum geht Techniken zu vermitteln wie gehe ich mit der Angst um, wie stell ich mich der Angst oder einfach nur Information zu vermitteln was bedeutet das.	brauchen Technikvermittlung bei Angststörung.		
347-350	Es funktioniert super, für die Zwischendurchunterstützung, damit arbeite ich immer wieder und sehr sehr gerne, grade bei Jugendlichen ist das super, ja auch manchmal bei Erwachsenen. Jugendlichen mögen das ganz ganz gern und ich mag das auch ganz ganz gern, für zwischendurch.	Für Zwischendurchunterstützung ist es super für Jugendliche ist das super, weil die mögen das ganz ganz gern	Zwischendurchunterstützung und für Jugendliche ist es super	K: C Zielgruppe
356-359	Ja ich hab halt nur auch die Erfahrung gemacht dass es immer irgendwo einen Punkt gibt wo's dann so an an unbewusste Anteile geht die meistens ganz ganz schwer auszuhalten sind oder wo man dann irrsinnig unsicher wird, puh na wenn das jetzt wer rausfindet, mag mich der dann noch bin ich dann noch was wert oder ja und das abfangen übers Internet weiß ich nicht wie das gehen soll.	...Zweifel ob man Unsicherheit des Klienten übers Internet abfangen kann und Wertschätzung vermitteln kann	Psychoedukation und Übungen	K: B3 Anwendng von Methoden und Verfahren
367	Ja, also alles was Psychoedukation ist und alles was übungsbasiert ist,	Psychoedukation, alles was übungsbasiert ist, weil nicht soviel emotionale Inhalte notwendig sind		

<p>370-378</p>	<p>vorausgesetzt das ist aber jetzt wieder die Schwierigkeit dran, vorausgesetzt ich hab mit dem Menschen eine entsprechende Bindung erreicht.</p> <p>Ja weil ich zumindestens bis jetzt hab ich das noch nie so erlebt, dass Psychotherapie wirkt bevor man nicht jetzt eine Beziehung aufgebaut hat, ja natürlich eine therapeutische Beziehung, aber eine Beziehung und erst dann fangts an zu wirken.</p> <p>Das heißt ich müsstes irgendwie schaffen übers Internet eine Beziehung aufzubauen und dann kann ich diese Sachen machen, wobei ich halt glaub, dass diese Beziehung dann vielleicht nicht ganz so tragfähig ist wie eine therapeutische Beziehung die ich so im Zweiergespräch aufgebaut hab, weils halt vieles offen lässt, wenn ich das übers Internet mach. Ja also so quasi nicht gesehen ist nicht kennengelernt.</p>	<p>bestimmte Bindung mit Klienten ist Voraussetzung</p> <p>Therapie wirkt nicht ohne therapeutische Beziehung Zweifel ob Beziehungsaufbau über Internet möglich ist.</p> <p>Die über Internet aufgebaute Beziehung ist nicht so tragfähig, wie eine im direkten Kontakt aufgebaute therapeutische Beziehung</p>	<p>Therapeutische Beziehung ist Voraussetzung für Wirkung der Therapie</p> <p>Vermutung, dass therapeutische Beziehung online weniger tragfähig ist als eine F2F Beziehung.</p>	<p>K: B1 Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung</p>
<p>439</p>	<p>Ich glaub das ist altersspezifisch. Also die Online würd ich so sagen zwischen 15 und 45/50.</p>	<p>altersspezifisch, online zwischen 15 und 45/50</p>		<p>K: C Zielgruppe</p>
<p>449-452</p>	<p>Also ich denk mir wenn Online Therapie jetzt aufgenommen werden soll ins theoretische Konzept einer Therapie dann muss das natürlich auch gelernt werden, weil ich mein wir lernen jahrelang wie red ich mit einem, ja damit ich genau die Inhalte raus kriege die einfach nicht zugänglich wären, sonst, also muss ich natürlich auch lernen wie mach ich das online.</p>	<p>Wenn Online Therapie aufgenommen werden ins theoretische Konzept und Standard werden soll, dann</p>	<p>Wenn Onlinetherapie ins theoretische Konzept aufgenommen und angeboten werden</p>	

<p>457-466</p>	<p>wenn ich das dann per online machen möchte und das sozusagen Standard werden soll, in der Therapie, dann muss das natürlich in die Ausbildung auch rein, weil ich kann nicht sagen ich lern dir wies geht wennst mit einem Menschen redest und e-mails schreiben und chatten das kannst dann automatisch weil, das geht nicht. Ja weil ich denk mal es sind Feinheiten der Redetechnik. Ja also ich denk mir wenn, dann muss das noch ganz ordentlich beforscht werden, weil ich würd mich das nicht trauen wenn jetzt einer kommt und sagt mach ma Online Therapie dass ich einfach sag, ja super, mach ma Online Therapie weils halt gewisse Risikofaktoren auch gibt und dann muss man sich auch anschauen wies auch gesetzlich ist mit der Verrechnung, ja weil zur Zeit wenn ich mit jemandem e-mails schreib, hab ich keine Verrechnungsgrundlage.</p>	<p>muss das in Ausbildung rein.</p> <p>Feinheiten der Redetechnik müssen gelernt werden Gebiet muss noch beforscht werden Ich würde mich nicht trauen, weil es gewisse Risikofaktoren gibt. Gesetzliche und Verrechnungsgrundlage müssen vorhanden sein</p>	<p>soll, braucht es Normierungen.</p> <p>Es muss eine adäquate Ausbildung vorhanden sein.</p> <p>Forschung notwendig</p>	<p>K: D Zukunftsperspektiven</p>
<p>522-524</p>	<p>Aber ich denkt halt um Online Therapie anbieten zu können muss es halt irgendwo auch gewissen Normierungen geben und das amal beforscht und getestet werden.</p>	<p>Wenn Online Therapie angeboten wird, dann braucht es Normierungen und Forschung dazu</p>		

IV Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt der letzte Schritt der Inhaltsanalyse, die Interpretation der Ergebnisse. Die Ergebnisse aus den Interviews werden pro Kategorie zusammengefasst und interpretiert.

4.1 A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation

Der Großteil der Befragten gab an kaum bis keine Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu haben. Interessant war jedoch, dass einige im weiteren Verlauf der Interviews von „zwischendurch E-Mails“ mit Klienten sprachen.

„... nein, hab ich gar nicht. Also ich hab natürlich mit Borderlinern immer wieder intervenierenden E-mail Kontakt, aber das ist eigentlich ähm eine Zusatzintervention zur Therapie“ (IP 3)

Andere berichteten von E-Mail Anfragen zur Klärung Rahmenbedingungen oder therapeutische Nachbetreuung in Form von E-Mails.

„eigentlich gar nicht, ich mein natürlich werd ich manchmal auch über E-mail angeschrieben, ja von potentiellen Klienten (...) es geht eher so um die Rahmenbedingungen über die ich mich da unterhalte und weniger um die Problematik“ (IP 4)

„...das hab ich wohl auch, wenn ich eine Therapie abgeschlossen habe, dass mich dann wer anmailt mal oder mich anruft, ja dann ist das sinnvoll...“ (IP5)

Nur eine Interviewpartnerin hatte bereits Erfahrung mit onlinebasierter Therapie und arbeitet regelmäßig damit.

Einig waren sich fast alle Therapeuten darüber, dass Beratung im Internet möglich und sinnvoll ist, Online-Therapie allerdings nicht, beziehungsweise nur begrenzte Wirkung zeigen kann.

„Beratung. Therapie ist halt aus meiner Erfahrung, dass es begrenzt wirkt, weil halt so die Interaktion ein wesentlich Wirkfaktor offensichtlich sein dürfte, weil per online kann ich halt gewissen Technikvorschläge schicken, die ich vorab besprochen hab, aber irgendwie funktioniert die Umsetzung nicht so wie wenn ma's da einfach besprechen.“ (IP 1)

„nur rein übers Telefon oder über ein anderes Medium find ich Therapie nicht (kurze Pause) sinnvoll.“ (IP 5)

„Also ich bin der Ansicht übers E-mail kann Therapie nicht stattfinden. Beratung, Ratschläge das geht...“ (IP3)

Obwohl fast alle in einer ersten Aussage „eigentlich gar nicht“ als Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation angaben, konnten sich alle an Situationen erinnern, in denen per E-Mail kommuniziert wurde. Relativierten aber dies umgehend damit, dass es sich um reine Informationsvermittlung handelte. Außerdem wurde betont, dass Therapie nicht onlinebasiert stattfinden kann beziehungsweise wenn, nur eine begrenzte Wirkungsweise haben kann – interessant ist hier, dass weder nach Ansichten zu Möglichkeit noch nach Einschätzung von Wirkungsweise von onlinebasierter Therapie gefragt wurde.

4.2 B Differenz zwischen mediatisierter Kommunikation und Face-to-face-Kommunikation in Bezug auf folgende vier Aspekte:

- B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung
- B2 Kommunikation und Symbolik
- B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
- B4 Störungsbilder

4.2.1 B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung

Dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut eine tragende Rolle für den Therapieverlauf spielt wird nicht nur in der Literatur immer wieder betont, auch in den Ergebnissen zeigt sich die enorme Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die das Fundament für ein Arbeitsbündnis zu bilden scheint. Wie wird die das Herstellen und Gestalten einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung beziehungsweise die Möglichkeit des Aufbaus mittels mediatisierter Kommunikation im Unterschied zu einer Beziehungsherstellung im Face-to-face-Setting beschrieben?

„die zentrale Frage im Erstgespräch ganz wesentlich (...) zu erfassen, ob (...) auch der Kontakt auf der zwischenmenschlichen Ebene passt, ja ist ganz wichtig, wissma ja von Grawe unabhängig von den Therapierichtungen, dass die Beziehung passen muss und das ist eigentlich das wesentliche Kriterium in einem Erstgespräch für den Patienten als auch für mich als Therapeuten rauszufinden ob das auf dieser Basis auch funktioniert...“ (IP 5)

also ich find einfach diese persönliche Beziehung so wahnsinnig wichtig ja und ich glaub dass die nicht ersetzbar ist“ (IP 5)

Die große Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Therapeut und Klient - für beide Seiten - wird klar ausgesprochen und mit Nachdruck

betont. Interessant ist, dass der Interviewpartner äußert, dass er nicht glaubt, dass diese Beziehung „ersetzbar“ sei, was impliziert, dass sie - seines Erachtens nach - „ersetzt“ werden muss. Das lässt vermuten, sobald Kommunikation über Medien stattfindet kann Interaktion – in dem Fall Beziehungsaufbau - nicht mehr vollwertig sein, sondern muss ersetzt werden. Die Möglichkeit, dass sich das Herstellen von Beziehung einfach *anders* gestalten könnte, wird hier nicht in Erwägung gezogen.

„bis jetzt hab ich das noch nie so erlebt, dass Psychotherapie wirkt bevor man nicht jetzt eine Beziehung aufgebaut hat, ja natürlich eine therapeutische Beziehung, aber eine Beziehung und erst dann fangts an zu wirken..“ (IP 1)

Hier wird deutlich dass die Beziehung Voraussetzung für die Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen ist. Unsicherheit ob ein Beziehungsaufbau „über das Internet“ möglich ist, wird geäußert.

„...das heißt ich müsst irgendwie schaffen übers Internet eine Beziehung aufzubauen und dann kann ich diese Sachen machen.“(IP1)

Gesetzt den Fall der Beziehungsaufbau gelingt, wird vermutet, dass die Beziehung eine instabile ist im Vergleich zu einer Beziehung, die in einem „Zweiergespräch“ aufgebaut wurde. Die Bezeichnung „Zweiergespräch“ meint hier vermutlich ein Gespräch im Offline-Setting.

„...wobei ich halt glaub dass diese Beziehung dann vielleicht nicht ganz so tragfähig ist wie eine therapeutische Beziehung die ich so im Zweiergespräch aufgebaut hab, weils halt vieles offen lässt...“ (IP 1)

Eine Interviewpartnerin erzählt dass sie „extrem beziehungsorientiert arbeitet“ und Medien gegenüber „relativ skeptisch“ ist.

„ich denke dass Therapie (Pause) sehr stark beziehungsabhängig ist und ich stell mir die Frage wie ich quasi wirklich eine Beziehung über diese Medien aufbauen kann, nämlich eine Beziehung die, eine nonverbale Beziehung. Und es läuft sehr viel über die nonverbale Beziehung also sozusagen...“ (IP4)

Auch hier wird die Fragwürdigkeit eines Beziehungsaufbaus über „diese Medien“ geäußert. Es wird von nonverbaler Beziehung gesprochen, Beziehung ist aber weder verbal noch nonverbal, gemeint ist hier wohl die nonverbale Kommunikation, über die Beziehung entstehen kann. Diese Aussage verdeutlicht sehr gut, wie schwer es selbst Professionisten fällt, das „Unsichtbare“, das Herstellen einer Beziehung als Basis für die Gestaltung eines Therapieprozesses, in Worte zu fassen.

„...da geht viel auf einer anderen Ebene und des kann ich ma net vorstellen wie das funktionieren soll, sag ich jetzt ehrlich ja.“ (IP 4)

„in welche Gasse ich einbieg das sagt mir nicht mein Konzept sondern das sagt mir meine Intuition und die ist dann weg, die kann i net haben wenn ich eben nicht im Kontakt hab ja, also die schneid ich mir ab (...) und im Kontakt geht da unheimlich viel, ja“ (IP4)

Ein Gefühl, Intuition für eine Situation zu bekommen scheint nur über die Beziehungsebene möglich zu sein. Das beste Konzept und die ausgefeiltesten Techniken nützen nichts, wenn die Intuition – die man durch Beziehung bekommt - nicht entstehen kann.

Die Interviewpartnerin betont, dass „im Kontakt unheimlich viel geht“, wobei „unheimlich viel“ nicht genauer definiert wird. Die Bezeichnung „Im Kontakt“ lässt vermuten, dass hier von nicht mediatisiert Kommunikation, also einem Face-to-face-Setting, gesprochen wird.

„weil es gibt auch Aussagen von tollen Therapeuten die sagen es geht überhaupt nur um die Beziehung vergiss alles andere vergiss jede Technik,

is alles wuascht ja, wenn die Beziehung passt geht alles und wenn die Beziehung nicht passt geht nix" (IP 3)

Das Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung scheint wichtiger zu sein als das Beherrschen und Anwenden jeglicher Technik.

4.2.2 B2 Kommunikation und Symbolik

Nonverbale Elemente, wie Mimik und Gestik spielen in einem Face-to-face Setting eine wichtige Rolle. Bei computervermittelter Kommunikation, wie im Online-Setting, fehlen diese Elemente beziehungsweise können nur ersetzt werden. Welche Auswirkungen haben diese Unterschiede für die Therapiesituation. Welche Bedeutung hat physische Präsenz beziehungsweise die Abwesenheit für Kommunikation und Symbolik im Therapieprozess?

„meine Intuition natürlich auch sehr stark von der Körpersprache des Klienten abhängt, also es geht net nur um darum was er sagt, sondern so auch wie ich ihn erlebe, ja und das ist natürlich sehr stark mimik- und gestikabhängig.“ (IP 4)

Wie der Klient vom Therapeuten erlebt und wahrgenommen wird, ist stark beeinflusst von Mimik und Gestik. Die Interviewpartnerin fürchtet, dass die Qualität ihrer therapeutischen Arbeit aufgrund der fehlenden „Intuition“ gemindert wird. Das macht deutlich, dass mediatisiert Kommunikation als defizitär wahrgenommen wird, es fehlt etwas um qualitativ hochwertige therapeutische Arbeiten zu leisten.

„ich seh halt die Schwierigkeit drinnen, dass ich als Therapeut nicht mehr so gut arbeiten kann weil ich sozusagen, mir die Intuition fehlt so ich könnte theoretisch eine kognitive Therapie am über Internet das machen ja, aber sozusagen das was ich dann mit dem Klienten erarbeite kann nur Standard sein weil das Individuelle spür ich eben dann nicht ja.“ (IP4)

Immer wieder betont sie, dass man nur einen „Standard“ erarbeiten kann, weil „das Individuelle“ durch die fehlende physische Präsenz nicht spürbar ist.

Ein sehr interessantes Ergebnis war auch, dass E-Mail-Kommunikation von den meisten der Befragten nur als Möglichkeit zur sachlichen Informationsvermittlung gesehen wird. Die Vermittlung emotionaler Inhalte wird computervermittelter schriftlicher Kommunikation nicht zugetraut. Hier zeigt sich auch, dass Netz-Kommunikation per se als schriftliche Kommunikation gefasst wird und vielleicht auch dadurch als defizitär erlebt wird.

„ich bin da relativ skeptisch, ich find das E-mail toll zur Informationsübermittlung man muss komplett sachlich bleiben...“ (IP 4)

„...Nachteil der mir jetzt schon einfällt ist einfach ahm dass ich so das Emotionale nicht transportieren kann oder schwerer transportieren kann weil ich muss dann alles über die Formulierung machen und das geht halt nicht immer weil es ist ich mein wenn wir reden ja dann kann ich ihnen sachliche Inhalte erzählen und ich kann ihnen trotzdem was Emotionales mit transportieren (...) das muss ich dann extra hinschreiben und dann ist es oft plump“ (IP1)

Die Skepsis gegenüber E-Mail-Kommunikation als reiner Informationsvermittlung versucht eine Therapeutin mit Alter und Generation zu rechtfertigen. Gleichzeitig wird wieder das „Nicht-sehen-können“ des Gegenübers und die „lange Wartezeit“ auf eine Antwort angesprochen.

„du siehst den andern net des dauert viel zu lange bis a Antwort kommt, das i bin da relativ skeptisch ahm:: das wenns irgendwie über Informationsvermittlung hinaus geht, aber das ist vielleicht auch mein Alter und Generation..“ (IP4)

Der Großteil der Befragten betont auch immer wieder wird das Fehlen von akustischen, visuellen und vor allem emotionalen Eindrücken. Dieser Mangel scheint eine große Schwierigkeit für den Therapieprozess darzustellen.

„ich seh zwar was er sagt aber überhaupt nicht wie ers sagt. ich seh nix, ja ich hörs nicht ja und ich seh auch nichts nichts, g'spür, spür ich kann das nicht spüren was er sagt und das ist denk ich in einer Therapie schwierig,..“ (IP4)

„da fehlt ein Teil wenn das nur über Telefon oder Mail oder oder Chat oder was immer passiert und ich glaub dass es ganz wichtig ist, dass man das Gegenüber beobachten kann dass da einfach wesentliche Information übermittelt wird die nicht über Sprache vermittelt wird, ja, Emotion spielt eine große Rolle, 90 Prozent aller unserer Entscheidungen passieren emotional und nicht rational und das bekommt man nicht mit wenn man den Menschen nicht vor sich hat.“ (IP 5)

Eine einzige Interviewpartnerin erwähnte auch Kommunikation über Videochat, empfindet diesen dennoch als nicht vollwertig.

„Weil der Dialog, der Dialog eh fehlt, weil eh die die die ehm der Ton der Musik, also der Wortklang (...) per Chat geht ist es dennoch asynchron, ja dass Dynamik fehlt, ehm, ja der Klang u:nd auch auch wenn man's über Video macht ist es dennoch die Ausstrahlung, es geht sehr viel verloren.“ (IP3)

Hier zeigt sich deutlich, dass mediatisierte Kommunikation defizitär erlebt wird „...da fehlt ein Teil“ und immer im Vergleich oder sogar als Konkurrenz zu nicht mediatisierter Face-to-face Kommunikation betrachtet wird.

Alle Interviewpartner sind sich einig dass wesentliche Information nicht nur über die gesprochene oder geschriebene Sprache vermittelt wird, sondern vielmehr über Körpersprache, Emotionen und Stimmungen.

„...Körperhaltung, der körperliche Ausdruck und Mimik und Gestik kann schon sehr viel nonverbale Botschaften einfach, viele Informationen auch

an die Patienten weitergeben und in manchen Situationen mehr als das gesprochen Wort" (IP 3)

„gesprochene Sprache etwa ein Drittel ausmacht, würd ich sagen zwei Drittel macht für mich die nonverbale Kommunikation aus" (IP 2)

Im Gegensatz zu allen anderen Befragten sieht sie da „an sich kein Problem“ sondern kann einige Vorteile feststellen:

„ Diese klassische zone for reflection die ich hab wenn ich ein E-mail bekomme, drüber nachdenken kann was ich schreiben ahm sowohl ich als auch der Patient, kurz drüber nachdenken (...) eine etwaige Situation auch abkühlen lassen kann, eben dadurch dass es asynchron stattfindet" (IP 2)

Vor allem wenn es um starken Leidenszuständen und großem emotionalen Druck geht bekommt für fast alle Befragten die nonverbale Ebene eine noch größere Bedeutung.

„...vor allem wenns um starke Leidenszustände geht, um das Aushalten von Gefühlen und das Unterstützen in Krisen" (IP 3)

„wenn ich jetzt davon überzeugt bin der Klient schafft das, dann lass ich ihm was rüber, aber nicht über die Worte..." (IP 4)

*„dann bin ich wieder dort wo ich halt nicht jetzt rein sachlich oder so quasi kommunizieren muss, sondern wo ich den halt auch ein bissl auffangen muss (...) und das weiß ich halt wieder **nicht** wie das über einen Chat oder E-mail dann funktioniert..." (IP5)*

„mhm also E-mail ist eine feine Sache und und Internet das ist ganz toll für die Leute, aber es halt so gewissen Punkte wo's dann so an an unbewusste Anteile geht die meistens ganz ganz schwer auszuhalten sind oder wo man dann irrsinnig unsicher wird, puh na wenn das jetzt wer rausfindet, (...) bin ich dann noch was wert (...) wo man nicht dran kommt übers Internet, wobei das jetzt meine Überlegung ist, vielleicht geht's eh und ich weiß es nur noch nicht (@@)" (IP 1)

Auch diese Interviewpartnerin versteht E-Mail Kommunikation als Vermittlung von rein sachlicher Information und sieht Grenzen von mediatisierter Kommunikation (E-Mail und Chat) bei der emotionalen Unterstützung, beim Auffangen“ und der Vermittlung von Wertschätzung. Entkräftigt werden diese Grenzen wiederum mit der Aussage, dass es sich um persönliche Überlegungen handle und es „vielleicht eh“ möglich ist.

„...ich mein vielleicht gehts ich kanns mir jetzt schwer vorstellen, aber ja vielleicht kann mans ja kombinieren, dass man einfach sagt Internet und wenn man merkt es geht an irgendwas, dass man sich dann trifft und dann wieder Internet (IP1)

„...also das wage ich jetzt nicht zu beurteilen, ob ob das dann per Internet nicht geht. Ich wüsste jetzt nicht wie man das vermittelt, aber ich will jetzt nicht per se sagen dass es gar nicht möglich ist.“ (IP 1)

Im Gegensatz zu den anderen Befragten, die auch keine Erfahrung mit onlinebasierter Formen von Intervention hatte erwägt diese Interviewpartnerin eine kombinierte Form aus Online und Face-to-face Setting. Dies lässt vermuten, dass prinzipiell Bereitschaft und Interesse für onlinebasiertes Arbeiten vorhanden ist, aber die nötige Anleitung oder Ausbildung fehlt. Es zeigte sich, dass E-Mails auch von Therapeuten gern genutzt werden, wenn es sich um Unterstützung oder Überbrückung für Zwischendurch, als Zusatzintervention zu einer laufenden Face-to-face Therapie handelt.

„ich mein ich mach das auch ganz gern, ja dass ich sag schickens mir e-mails wenns ihnen schlecht geht und dann schreib ich zurück und es funktioniert super, für die Zwischendurchunterstützung...“ (IP 2)

„Also ich hab natürlich mit Borderlinern immer wieder intervenierenden E-mail Kontakt, aber das ist eigentlich ähm eine Zusatzintervention zur Therapie“ (IP 3)

Besteht in einer Therapiesituation Gefahr für Selbst- oder Fremdgefährdung ist der Therapeuten zur Meldung bei Rettung und Polizei verpflichtet.

„... solange er bei mir ist muss ich halt abschätzen können braucht er jetzt mehr Unterstützung oder nicht und das kann ich halt online und im chat auch nicht unbedingt (...) bin ich schon bis zu einem gewissen Grad verantwortlich, sprich ich hab eine Meldepflicht wenn der wirklich suizidal wird (...) aber ich könnt's ja nicht amal melden online“

„... die sagen ja nicht (...) jetzt möcht ich mich umbringen, der dreht vielleicht einfach den Chat ab, sagt ja war eh super und dann geht er und bringt sich um...“ (IP 1)

Eine Interviewpartnerin äußert Sorge und Angst davor eine mögliche Selbstgefährdung über mediatisierte Kommunikation nicht „abschätzen“ zu können und sieht auch online keine Möglichkeit ihrer Meldepflicht nach zu kommen. Hier wird auch die geringe Verbindlichkeit von Chat-Kommunikation im Gegensatz zu Kommunikation von Angesicht zu Angesicht angesprochen. Die Therapeutin hat viel weniger Kontrolle über die Situation, der Klient kann den „virtuellen“ Chatroom viel schneller verlassen als den „realen“ Raum in der therapeutischen Praxis. Diesen Kontrollverlust spürt auch die Therapeutin, daher rührt ihre Sorge und es entsteht ein Gefühl von Hilflosigkeit. *„... aber ich könnt's ja nicht amal melden online“*

Interessant ist hier auch die Wortwahl „online und im Chat“ - hier handelt es sich um eine Tautologie. Betrachtet man den gesamten Gesprächsverlauf, so lässt sich vermuten, dass online in diesem Fall E-Mail meint, was wiederum sehr spannend ist, da ein E-Mail als elektronisch versendeter Brief bezeichnet werden kann und mit Online-Kommunikation eigentlich relativ wenig zu tun hat. Hier zeigt sich wie unklar der Begriff „online“ für die Befragten ist beziehungsweise welche Art/Form der Kommunikation und Interaktion der Begriff „online“ beinhaltet.

„Na auch dass es solange braucht bis das e-mail bei mir ankommt. Wenn ich das jetzt im Chat mach ist es wieder was anderes, ja also jetzt weiß nicht ob online da nur e-mail gemeint ist oder oder auch chatroom.“ (IP 3)

„...weil wenn ich einfach was schreib und gleich die Antwort krieg und wieder schreib und gleich die Antwort krieg denk ich amal müsst man ausprobieren ja da hab ich keine Erfahrungen, aber da könnt ich mir vorstellen, dass das noch geht...“ (IP 1)

Die Asynchronität der Kommunikation über E-Mail wird von den meisten Interviewpartnern als problematisch betrachtet. Dem Chat wird aufgrund des synchronen Charakters etwas mehr Tauglichkeit zum therapeutischen Medium zugetraut. Eine Interviewpartnerin äußert Kritik an der derzeitigen gesetzlichen Grundlage und betont, dass die Bedürfnisse und Wünsche des Klienten gesehen und berücksichtigt werden sollen.

Grundsätzlich sieht sie keine Hindernisse für eine therapeutische Intervention per E-Mail, die Bedenken bezüglich technischer Problem und Verschlüsselungen betreffen jede Form computervermittelter Kommunikation.

„die derzeitige gesetzliche Grundlage von wegen, dass es nur dann erlaubt ist, wenns eine synchrone Kommunikation ist, eher ungünstig ist, weil (...) meines Erachtens nach der Patient den Kommunikationsweg wählt und der sollte respektiert werden und wenn das über E-mail ist, dann kann das auch über E-mail stattfinden...“

„...und die andren Dinge betreffen alle die synchrone Kommunikation ganz genauso weil sämtliche technische Probleme die es geben kann, Verschlüsselungen und so weiter, was immer wieder genannt wird, betrifft jegliche Art der computergestützten Kommunikation, insofern ist das hinfällig“ (IP2)

Voraussetzung ist aber, dass sich der Therapeut im Vorfeld Alternativen zu Vorgehensmöglichkeit und Verhalten im Fall von akuten oder suizidalen Krisen überlegt hat.

„man muss einfach gewisse Alternativpläne überlegen, was ist wenn es zu einer tatsächlichen Krise kommt, wie ist dann die Vorgehensweise, wie ist das Verhalten im Fall einer suizidalen Krise oder ähnliches und das muss dann recht rasch geklärt werden...“

Aufgrund des großen Umfangs der Ergebnisse in dieser Unterkategorie und zur besseren Übersichtlichkeit werden die zentralen Aussagen über mediatisierte Kommunikation im Folgenden stark verkürzt aufgelistet.

Möglichkeiten in der mediatisierten Kommunikation	Defizite in der mediatisierten Kommunikation
Sachliche Informationsvermittlung	Emotionen vermitteln und wahrnehmen, das Spüren
Abklärung der Rahmenbedingungen	Abschätzen-können des psychischen Wohlbefindens des Klienten, Empathie
Speichern und Archivieren von Daten	Herstellen einer vertrauten, tragfähigen Beziehung zum Klienten
Zone for reflection, nachdenken können bevor man antwortet	Kontrolle über psychischen Zustand des Klienten
Situationen abkühlen lassen	Sehen, Wortklang; Wahrnehmung von nonverbalen Hinweisreizen
Distanz halten	Körperhaltung, Ausstrahlung

Tabelle 3: Möglichkeiten und Defizite

4.2.3 B3 Anwendung von Methoden und Verfahren

Es werden Vorgehensweisen beschrieben, die sich in Formen onlinebasierter Kommunikation und Intervention besonders gut eignen. Welche Methoden können wie angewendet werden? Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Methoden und Verfahren im Online-Setting werden besprochen.

In dieser Kategorie stehen die Aussagen und Erfahrungsberichte einer onlinebasiert arbeitenden Therapeutin gegenüber den Aussagen zur Vorstellbarkeit von Anwendung von Methoden und Verfahren der den restlichen Interviewpartner.

Das klassische Erstgespräch ist bei einem Online-Setting nicht möglich, trotzdem gibt es Möglichkeiten sich einen ersten Eindruck über den psychischen Zustand des Patienten zu machen.

„...ich versuch zu erreichen, dass die Personen ein paar Fragebögen ausfüllen, dass ich zumindest so ein bisschen zu einer Differentialdiagnostik komm..“ (IP 2)

Für die meisten der Befragten sind kognitive Verfahren, die in der Verhaltenstherapie häufig eingesetzt werden, auch in einer onlinebasierter Therapieform anwendbar.

„Hmm es wär sicher im kognitiven Bereich noch am ehesten möglich, ganz klar..“ (IP 5)

„den kognitiven Teil könnt ich mir noch am ehesten vorstellen. Hhmm, aber ich würd keinen Mehrwert daraus ziehen“ (IP 3)

„so ich könnte theoretisch eine kognitive Therapie über Internet machen ja, aber sozusagen das was ich dann mit dem Klienten erarbeite kann nur Standard sein weil das Individuelle spür ich eben dann nicht“ (IP 4)

Für eine Interviewpartnerin scheint hier eine Grenze zu „kann nur Standard sein“ und spricht von der Beziehungsebene „...das Individuelle spür ich nicht“. Folglich nimmt sie ihrer Arbeitsweise als eingeschränkt wahr. Drei der Befragten führen ganz konkrete Methoden und Modelle an, die in einer mediatisierten Intervention anwendbar und gut vorstellbar sind.

„aber so rein kognitiv im Chat das kann ich ma schon gut vorstellen, grade das Beck'sche Modell (...) das ist ist ein Modell dass ich mir sehr gut vorstellen kann“ (IP1)

„... den Langbogen Lebensgeschichte von Lazarus lass ich wenn Patienten gut kognitiv drauf sind (...) dann lass ich den auch ahm online ausfüllen..“

(IP 5)

„wenns um Verhaltensanalysen geht, könnte man noch machen sowohl die vertikale als auch die horizontale“ (IP 3)

Es zeigte sich auch, dass alle Bereich in denen es um Vermitteln von Techniken und Informationen geht sowie die „ersten Schritte“ in einer Therapie auch in computervermittelt gut stattfinden können.

„am Anfang wo's einfach nur drum geht Techniken zu vermitteln (...) oder einfach nur Information zu vermitteln was bedeutet das, (...) das man einfach da den Anfang eben so oder den Einstieg so macht(...) alles was Psychoedukation ist“ (IP 1)

„also alles was in Richtung Psychoedukation geht ist wichtig und ist sinnvoll“ (IP 5)

„sehr gut machbar, wenn's um kognitive Umstrukturierung beispielsweise hat sehr viel auch mit Information zu tun, die der Patient bekommt“ (IP 2)

Einig waren sich die befragten Therapeuten, dass das Element Hausaufgaben, diverse Fragebögen sowie Entspannungstechniken auch ohne physische Präsenz eines Professionisten machbar sind.

„weil wir ja in der Verhaltenstherapie überhaupt sehr viel arbeiten mit (...) Hausübungen ja, und wir geben halt auch viele Fragebögen mit, ja und Screeningmöglichkeiten gibts schon, die der Patient alleine machen kann auch auf jeden Fall die kann er zu Hause selbst machen, ja“ (IP 1)

„ ... alles was jetzt so übungsbasiert ist, Übungen vorbereiten, Übungen besprechen, das könnt ich mir schon vorstellen, dass das auch so geht.“(IP 4)

„da könnte man natürlich über E-mail übers Internet oder online Aufgaben geben, erarbeiten, man bekommt die wieder zurück, man arbeitet wieder damit“ (IP 3)

Hier zeigt sich wieder das diffuse Verständnis es Begriffs „online“, wie in der vorigen Unterkategorie (B2) bereits besprochen.

„alles was mit Hausübungen zu tun hat geht perfekt, also das Element Hausübungen ist ein wichtiges und das geht sehr gut. Alles was mit dem Thema Entspannung zu tun hat geht sehr gut, weil ob ich einem Patienten das vorsage oder ob ich ein mp3 online stell, wo er's halt vorgesagt bekommt von mir, weil ich's aufgenommen hab, ist eigentlich egal, ob ich der Person irgendein Blatt wo irgendwas aufgeschrieben werden muss in die Hand drück oder das online zur Verfügung stell ist auch ebenfalls das gleiche (...) sämtliche Form der Tagebücher, die gemacht werden müssen sind sehr gut, alles was mit Stimmungsdokumentation zusammenhängt“ (IP 2)

Es wird zusammengefasst, dass alle Aufgaben-Elemente in elektronischer Form genauso gut funktionieren wie in einem Face-to-face Setting.

„das heißt dieser Aspekt den wir sonst im Sokratischen Dialog abhandeln oder bestimmte Aufgaben die der Patient da zu erledigen hat, sind auf computergestütztem elektronischem Weg genau:so gut wenn nicht teilweise sogar besser möglich, als es offline möglich ist“ (IP 2)

„...vielleicht auch Anleitung zur Verhaltensexperimenten also grad so was eben in der Verhaltenstherapie dass man sagt, na dann probieren Sie mal dieses oder jenes Verhaltensexperiment aus, kann ich mir auch sehr gut vorstellen“ (IP 4)

Eine Therapeutin berichtet von onlinebasierten automatisierten Programmen, die sich für einige Störungsbereiche als sehr gut erwiesen habe.

*„Ein Onlinetraining, wo es um Selbstkonzept geht und eine Person sagt, genau dafür interessiere ich mich (...) da ist dann sowohl die Diagnostik als auch sämtliche Dinge **in** dem Programm schon enthalten (...) funktioniert sehr gut online.“*

„...und die Erfahrung die ich gemacht hab, ist dass es nicht nur sehr gut online möglich ist, es ist sogar möglich, wenn es beispielsweise (...) wenn ich ein sehr gutes Konzept dahinter hab und ein System ist, das sehr gut von einem Psychologen programmiert ist, dann ist es sogar möglich o::hne dass der Psychologe bis zu einem gewissen Punkt da sich miteinbezieht, wenn der davo::r die Arbeit dafür gut gemacht hat.“

„...wichtig dabei ist natürlich dass das System auf bestimmte ahm Schlüsselbereiche, Informationen wo es sozusagen gefährlich wird in Richtung Selbst- oder Fremdgefährdung gut reagiert.“ (IP 2)

Hier werden Vorteile von internetbasierten Interventionsprogrammen, ihrer Funktionsweise teilweise sogar ohne Zutun eines Professionisten, aber auch die möglichen Grenzen dieses Systems angedeutet. Grenzen in Bezug auf Anwendung von Methoden und Vorgehensweisen in onlinebasierten Interventionen werden bei imaginative Verfahren gesehen, aber auch bei Problembereichen für noch keine adäquaten onlinebasierten Konzepte existieren.

„Wenn jetzt jemand mit einem beliebigen Problem kommt wo einfach auch keine entwickelten Konzepte dazu da sind, die jetzt die die Onlinetherapie betreffen und es mehr so ein wischi-waschi Vorgehen wäre, ist es so, dass ich es eigentlich mehr zur Anbahnung verwende und dann versuch die Leute doch mal zu sehen und dann einfach quasi die normale face-to-face Behandlung auf online umzulegen“ (IP 2)

In diesem Fall werden bestehende Konzepte aus dem Face-to-face Setting in das Online-Setting übertragen. Allgemein wird betont, dass nur Teilaspekte aus einer Face-to-face Intervention in einer onlinebasierten Form anwendbar sind.

4.2.4 B4 Störungsbilder

Diese Kategorie erfasst Äußerungen und Begründung der Experten, bei welchen Störungsbildern sich der Einsatz von internetbasierten Interventionen eignet.

Einige der Interviewpartner sind der Meinung, dass bestimmte Phobien, oft genannt wird die Sozialphobie, im Rahmen einer internetbasierten Intervention gut behandelbar ist. Eine Befragte bezeichnet eine Intervention per Internet in diesem Fall sogar als Vorteil, weil die Distanz gerade für solche Menschen den Zugang einer therapeutischen Intervention erleichtert.

„Also ich denke sehr sehr gut, es kommt natürlich auf den Bereich an, spezifische Phobien, denk ich ist es sehr gut geeignet, ahm was wir in den Studien gesehen haben, ist es für Sozialphobie sehr gut geeignet,“ (IP 2)

„...ein Vorteil (...) für Menschen die mit Emotionen jetzt nicht so gut können, dass es leichter ist, und für sozialphobische Menschen stell ich's mir überhaupt ganz toll vor, weil Sozialphobische kommen aus meiner Erfahrung nicht leicht in eine Praxis.“ (IP1)

Eine Therapeutin äußerte hingegen große Zweifel an einer onlinebasiert Behandlung von Angststörungen.

„... bei der Angst ist scho wieder nimmer ganz so gut prinzipiell weil Angst ist ein sehr starkes Gefühl, der Angstpatient halt sicher gern ein Gegenüber dem er sagen kann wie sehr er leidet (...), also weiß nicht ob sich der Angstpatient so gut aufgehoben fühlen würde in dem Medium.“ (IP4)

„Also wo könnt ich mir das vorstellen, eventuell bei Alkohol und Drogen, also Suchtkrankheiten, (...) als Zwischendurchbetreuung bei Schizophrenen eventuell weil die das meistens ganz schlecht aushalten, wenn sie in einem sehr emotionalen Rahmen sind.“ (IP 1)

„Sozialphobiker, primär könnt's ganz gut sein eine Unterstützung wobei genau die Klienten natürlich eigentlich die Beziehung lernen müssen ja, und das heißt ich ahm sozusagen schau an einem Teil ihrer Symptomatik vorbei" (IP 4)

Eine der Befragten äußert Bedenken und sieht hier nur eine unterstützende Funktion, da Patienten mit Sozialphobien lernen müssen Beziehungen aufzubauen, das impliziert dass dies über das Medium Internet nicht möglich erscheint. Unterschiedliche Aussagen ergaben sich zum Störungsbild der Depressionen. Hier bezieht sich eine Interviewpartnerin auf Ergebnisse aus Studien, die positive Wirksamkeit zeigten, eine andere äußert Zweifel aufgrund der Symptomatik von depressiven Menschen.

„... es ist vor allem was den Präventionsbereich betrifft für Depression sehr gut geeignet..." (IP 2)

„ bei Depressiven kann ichs mir schwer vorstellen, weil die sind die so ganz viel (...) dieses Zwischenmenschliche brauchen, den Kontakt, weil die sich eh so zurückziehen" (IP1)

Auch Zwangserkrankungen scheinen laut Meinung der Professionisten durch onlinebasierten Interventionen gut behandelbar.

„... computergestützt ohne online gibt's was für Zwänge, was sehr gut wirken kann, könnt ich mir online auch gut vorstellen." (IP 2)

„vielleicht für Zwangspatienten (...) weil sehr schwer ist überhaupt a Beziehung ja aufzubauen und die gerne (...) die sicheren Rituale haben" (IP 4)

Eine der befragten Personen lehnt onlinebasierte Interventionen für krankheitswertige Störungen grundsätzlich ab. Lediglich für vorübergehende Krisen stellen sie eine mögliche Wirksamkeit dar.

„alles was krankheitswertig ist im Sinnen von klassifizierbarer Störung nach ICD10 eignet sich nicht für rein onlinebasierte Interventionen. Aber

wenn das eine lebenstechnische Fragestellung ist im Sinne von einer Lebenskrise von einer vorübergehenden kann ich mir das vorstellen dass das wirksam ist, ja, dass das auch ausreichend ist" (IP5)

Welche Störungsbilder als onlinebasiert behandelbar befunden werden oder nicht ist wiederum abhängig vom Nähe-Distanz Verhältnis zwischen Klient und Therapeut. Hier schließt sich der Kreis zur Unterkategorie Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung (B1).

4.3 C Zielgruppe

In dieser Kategorie werden Textstellen dargestellt, in denen die Befragten Personengruppen nennen, die potentiell Klientel für onlinebasierte Interventionen darstellen sowie Eigenschaften erläutern, die sie zur Zielgruppe machen.

Fast alle befragten Therapeuten sehen Jugendliche, junge Erwachsene als potentielle Zielgruppe für onlinebasierte Interventionen. Aufgrund ihres Alters wird Ihnen größere Medienaffinität zugeschrieben und ein „leichterer Zugang“. Vermutlich auch, weil man davon ausgehen kann, dass computervermittelte Kommunikation weitgehend in den Alltag jüngerer Menschen integriert ist.

„Jugendliche, die sowie den Weg in eine Praxis kaum finden außer sie haben eine totalen Klappzamm und sie landen auf der Psychiatrie, wobei ich jugendlich vielleicht auch noch zieh bis fünfundzwanzig.“ (IP 4)

„...online, hmm:: ja: ich glau:be dass vierzehn- bis achtzehnjährige, in einer verzweifelten Position (...) kann ich mir gut vorstellen, wei::l hier auch möglicherweise die Hemmschwelle ist, e::hm größer ist selbst einen Therapeuten aufzusuchen.“ (IP 3)

„Ich glaub das ist altersspezifisch. Also die Online würd ich so sagen zwischen fünfzehn und fünfundvierzig, fünfzig“ (IP 1)

Hier zeigt sich, dass „jugendlich“ sehr unterschiedlich und weit gefasst wird. Jugendliche ab vierzehn über junge Erwachsene bis fünfzig zählen zur Zielgruppe. Eine Interviewpartnerin sieht all jene Menschen, die die Hemmschwelle zu einer Face-to-face-Therapie nicht überwinden können, als mögliche Zielgruppe.

„ich könnt mir vorstellen, dass es einen ganz guten sagen wir einen Teil von potentiellen Klienten nimmt, die aber den Weg in eine wirkliche

*Therapie **nicht** schaffen würden (...) weil natürlich auch die wie soll man sagen die Zugangsschwelle viel geringer ist" (IP4)*

Auch die Schwere der Störung/Belastung scheint ein ausschlaggebender Indikator zu sein. Hier gehen die Meinungen allerdings stark auseinander, während eine der Befragten „eher schwere Fälle“ als Zielgruppe nennt, vermuten die anderen Interviewpartner, dass eher Menschen mit leichten Krisen onlinebasierte Interventionen in Anspruch nehmen.

„wenn ich mir die Diagnostik so anschau (...) die ich bisher von von Online-Interventionen hab würd ich eher sagen es sind fast schwerere Fälle teilweise, Leute die sehr schwer beeinträchtigt sind und teilweise schon sehr sehr lange mit verschiedensten Problemen zu tun haben" (IP 2)

„Internettherapie ich könnte mir vorstellen dass es einfach für Menschen, die jetzt einfach eine Krise haben, was weiß ich Scheidung Arbeitslosigkeit Berufswechsel solche Dinge, dass es für die ganz gut ist, ja weil die haben vielleicht wenig Zeit und dass es da völlig ausreicht, also dass die jetzt nicht unbedingt den direkten Kontakt brauchen..." (IP 1)

Für einen der Befragten stellen nur Menschen die körperlicher oder infrastruktureller eingeschränkt sind, ein potentiell Klientel dar.

„sinnvoll wenn ein Mensch gehbehindert ist oder ganz stark eingeschränkt ist und weit weg lebt wo es keine Therapiemöglichkeiten gibt, da ist es meiner Meinung nach eine Option" (IP 5)

4.4 D Zukunftsperspektiven

In dieser Kategorie werden Aussagen zur Nachfrage sowie zur Aus- und Weiterbildungsüberlegungen im Bereich onlinebasierter Interventionen zusammengefasst.

Die Mehrheit der Befragten sieht in Zukunft Bedarf an onlinebasierten Interventionen. Lediglich ein Interviewpartner glaubt nicht, dass therapeutische Interventionen im Internet in Zukunft gesellschaftliche Relevanz haben wird.

„ich könnt mir vorstellen dass das ja mit so einer generellen (Pause) onlinebasierten Verhaltenstherapie könnt ich mir schon vorstellen dass das gut angenommen wird, ja, von bestimmten Zielgruppen“ (IP 4)

„...aber ich vermute hier einen Bedarf“ (IP 3)

„dass jemand sozusagen sagen würde okay ich mach jetzt Therapie über Internet, das kann ich mir nicht vorstellen, dass das jemand längerfristig macht.“ (IP 5)

Alle Therapeuten waren sich einig bei der Frage nach Aus- und Weiterbildung. Wenn onlinebasierte Interventionen in das Therapieangebot aufgenommen werden soll, muss auch eine adäquate Fortbildung für Therapeuten angeboten werden, um den Besonderheiten von computervermittelter therapeutischer Kommunikation gerecht werden zu können.

„...wenn ich das dann per online machen möchte muss es (...) auch gewissen Normierungen geben und das sozusagen Standard werden soll, in der Therapie, dann muss das natürlich in die Ausbildung auch rein, weil ich kann nicht sagen ich lern dir wie's geht wennst mit einem Menschen redest und e-mails schreiben und chatten das kannst dann automatisch weil, das geht nicht (...) da muss ich dann halt auch Feinheiten lernen, auf was kommt's an wie formulier ich“ (IP 1)

„...ich glaub nicht dass man eine Extra-Ausbildung braucht ich könnte mir vorstellen dass ma eine Zusatzausbildung braucht (...) ein bissl darin zu schulen wie ich gewisse Therapieziele auch in dem Medium (...) kommunizieren.“ (IP4)

wenns angeboten wird, glaub ich ist es sicher sinnvoll hier auch Konzepte dazu zu liefern (...) bzw auch eine Ausbildung in diesem Bereich weil das natürlich gewisse (...) Vorteile aber auch gewissen Gefahren mit sich bringt. (IP 3)

es wär auch wirklich sehr hilfreich wenns da eine gute Fortbildung gäbe, also jeder der das macht sagt immer wieder es wäre doch toll wenn man wirklich auf einem hohen Level da Dinge anbieten könnte“ (IP 2)

Eine Interviewpartnerin appelliert an die Forschung und wünscht sich neben Fortbildungsmöglichkeiten auch Evaluierungen, um auf Basis fundierter Ergebnisse onlinebasierte Interventionen anbieten zu können. Unklar ist, wie die gesetzliche Regelung bezüglich Verrechnung gestaltet wird.

„ ja also ich denk mir wenn, dann muss das noch ganz ordentlich beforscht werden (...) „weil ich würd mich das nicht trauen wenn jetzt einer kommt und sagt mach ma Online Therapie dass ich einfach sag, ja super (...) weils halt gewisse Risikofaktoren auch gibt (...) und dann sollt man zumindest mal Erfahrungswerte haben, ob das überhaupt funktioniert. (IP 1)

„dann muss man sich auch anschauen wies auch gesetzlich ist, ja weil zur Zeit wenn ich mit jemandem E-mails schreib, hab ich keine Verrechnungsgrundlage“ (IP 1)

Eine der Befragten äußert Kritik an den derzeitigen Vorgehensweisen und an den Aus- beziehungsweise Weiterbildungsmöglichkeit für das Arbeiten im Online-Setting.

„das was es gibt, lässt einfach sehr zu wünschen übrig also mehr als da normale Hausverstand den man auch so in der Ausbildung mitkriegt ist da oft meines Erachtens nach nicht enthalten.“ (IP 2)

„es ist zu wenig konzeptuell zu wenig evidence based was da gelehrt wird, international gibts glaub ich ein Masterstudium wo es vorkommt zumindest, wo auch Therapie jedenfalls vorkommt, aber es ist international auch noch relativ wenig, es macht wirklich jeder was er gern möchte (...) aber ich glaub so für eine g'scheite Ausbildung das wird noch etwas länger dauern. (IP 2)

Die Ergebnisse dieser Kategorie zeigen, dass durchaus Interesse an einer Fortbildung für das therapeutische Arbeiten in internetbasierten Settings vorhanden ist, allerdings ein großer Mangel an Ausbildungsangeboten besteht.

Die Rufe nach einer qualitativ hochwertige Aus- oder Fortbildung für onlinebasierte Interventionen in der Therapielandschaft werden lauter, trotzdem rechnen Experten noch mit einer längeren Wartezeit.

V Zusammenfassung und Abstraktion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse auf abstrahierter Ebene mit den theoretischen Grundlagen und Fragestellungen verbunden. Schließlich sollen die Forschungsfragen (siehe Kapitel 3.1.1) beantwortet werden.

Grundlegendes Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu beleuchten, welche Erwartungen und Einschätzungen Verhaltenstherapeuten an onlinebasierte Interventionen herantragen. Im Folgenden werden die drei zentralen Ergebnisse, die aus allen Kategorien der Inhaltsanalyse extrahiert werden konnten, stark kondensiert dargestellt – die detaillierten Befunde und Interpretationen sind in Kapitel 4 zu finden.

1. Online vs. Face-to-face: Der ewige Vergleich

Onlinebasierte Interventionen werden von den interviewten Therapeuten immer im Vergleich zu nicht mediatisierten Face-to-face-Interventionen verhandelt und betrachtet. Die Qualität und Wirkung der Online-Intervention sowie die Herstellung von Beziehung wird immer an der 'traditionellen' Face-to-face-Situation gemessen und beurteilt.

Besonders deutlich wird dies durch Aussagen der befragten Therapeuten, die darauf abzielen, dass ein bestimmter Teilaspekt aus einem Face-to-face Setting online nicht hergestellt werden kann. Zum Beispiel wird argumentiert, dass in einem Online-Setting die fehlende nonverbale Kommunikation ein Problem ist; oder dass das irrationale 'Spüren' von Befindlichkeiten schwierig bzw. unmöglich ist. Die Vorstellung, dass sich bestimmte Teilaspekte einfach **anders** gestalten könnten, also **nicht ersetzt** werden müssen, wird nicht in Betracht gezogen.

Auch der wissenschaftliche Diskurs wird von dem ständigen Vergleich von Online- und Face-to-face-Interventionen dominiert (vgl. Kapitel 2.2). Aus diesem Grund wurden auch die Kategorien unter dem Aspekt dieser Differenz gestaltet.

Die Idee einer Ko-Existenz von sich ergänzenden traditionellen und onlinebasierten Interventionen ist noch nicht weit verbreitet – die interviewten Therapeuten stehen onlinebasierten Interventionen zusammenfassend eher skeptisch gegenüber, und sehen diese vielleicht mitunter sogar als Konkurrenz zur bisherigen, traditionellen therapeutischen Praxis.

2. Onlinebasierte Interventionen werden als defizitär wahrgenommen

Daran anschließend, werden Online-Interventionen von den befragten Therapeuten als stark defizitär dargestellt, wobei die meisten diesbezüglichen Aussagen lediglich auf Vermutungen und Einschätzungen, nicht auf Erfahrungen aus der eigenen Praxis beruhen. Die interviewten Personen - bis auf eine – hatten kaum Erfahrungen mit derartigen Interventionen. Onlinebasierte Intervention, die auf Basis computervermittelter Kommunikation stattfindet, wird von der Mehrheit der Befragten als sinnreduziert beschrieben. Es fehle die physische Präsenz, die Körpersprache, nonverbale Elemente, das Spüren, die Intuition. Diese Elemente werden jedoch als essentiell für das Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung bezeichnet. Sind sie nicht vorhanden, fehle aus der Sicht der Mehrheit der befragten Therapeuten das Fundament für einen erfolgreichen Therapieprozess. Eine medial vermittelt aufgebaute Beziehung sei nicht vollwertig und auch instabiler als eine Beziehung die von Angesicht zu Angesicht aufgebaut wurde.

Die Verschiebung der Kommunikation, von einer unmittelbaren Face-to-face-Kommunikation zu einer mediatisierten Kommunikation wird also von den meisten der Befragten als defizitär eingeschätzt. Ganz anders sieht das jene Therapeutin, die Erfahrung mit onlinebasierten Interventionen hat. Sie berichtet von Unterschieden in der Kommunikation, spricht aber nie von Defiziten. Diese Verschiebung der Kommunikation scheint für ihr (Be)Handeln nicht relevant zu sein bzw. wird von ihr nicht als negativ wahrgenommen. Auch in der bestehenden Literatur wird die Bedeutung von nonverbaler Kommunikation betont, sowie die Beziehungsgestaltung als grundlegendes Element für das Zustandekommen und den Verlauf einer Therapie beschrieben. Das Fehlen von sinnlichen Eindrücken

wird aber durchaus auch als Vorteil betrachtet, es kann zu mehr Offenheit und weniger Scham in der Therapiesituation führen. (vgl. Kapitel 2.4.4)

In Bezug auf Methoden und Anwendung sind für die Interviewten kognitive Verfahren und stark standardisierte Verfahren bzw. Manuale (für bestimmte Störungsbilder) in einer onlinebasierten Form vorstellbar bzw. werden als dafür gut geeignet eingeschätzt. Also jene Art von Interventionen, wo physische Präsenz nicht zwingend notwendig ist bzw. den Prozess vielleicht sogar erschwert (zB. Sozialphobien).

Dies wird von der Therapeutin mit Online-Therapie-Erfahrung bestätigt; sie berichtet von Symptomreduktionen und Therapieerfolgen bei Sozialphobikern durch die Teilnahme an onlinebasierten Modellen und Programmen. Außerdem würden sich gute Erfolge bei Essstörungen, Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen zeigen.

Es existieren bisher hinreichend Studien zur Wirksamkeit und Symptomreduktion von internetbasierten Interventionen bei spezifischen Störungsbildern (siehe Abbildung 1 im Anhang). Die Aussagen der Interviewpartnerin über Erfolge bei der Behandlung von Sozialphobien mithilfe internetbasierter Interventionen, stellen einen neuen Aspekt in Bezug auf Indikations- und Kontraindikationskriterien auf diesem Gebiet dar.

Obwohl Vorteile und Chancen von internetbasierten Interventionen aufgezeigt werden und belegt ist, dass das Herstellen einer stabilen therapeutischen Beziehung auch auf diesem Weg funktioniert (siehe Kapitel 2.4.3), zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass immer noch deutliche Zweifel und Misstrauen auf Seiten der Therapeuten vorhanden sind.

3. Online = E-Mail

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen, dass die befragten Professionisten ein sehr selektives, eingeschränktes und gleichzeitig undifferenziertes Verständnis davon haben, was „online“ bedeutet. Folglich ist auch diffus, was unter onlinebasierter Intervention verstanden werden kann. In

den meisten Fällen beschränkte sich das Verständnis von onlinebasierter Intervention auf E-Mail-Kommunikation zwischen Therapeut und Klient. Tatsächlich ist dies dann auch, die von den Therapeuten am häufigsten eingesetzte und auch in der Literatur am häufigsten nachgewiesene Form der Online-Intervention.

Wie in Kapitel 2.2 vorgestellt, ermöglicht der Kommunikationsraum Internet verschiedenste Formen der Online-Kommunikation abseits von E-Mail. Internetbasierte Interventionen lassen sich auf vielen verschiedenen Wegen realisieren (z.B. mittels E-Mail, Chat, Telefon/Videokonferenz, Online-Tools oder einer Kombination dieser Medientechnologien). Doch diese sind offenbar nicht in den Berufsalltag der befragten Therapeuten integriert bzw. scheinen sie keine Rolle zu spielen. Interessant ist weiters, dass E-Mail-Kommunikation primär als Möglichkeit zur sachlichen Informationsvermittlung verstanden und genutzt wird. Die Vermittlung emotionaler Inhalte wird einer Kommunikation über E-Mail nicht zugetraut, zudem wird der asynchrone Charakter der E-Mail-Kommunikation als problematisch beschrieben.

Auf Basis der Interviews sowie bestehender Literatur lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die tatsächliche Medienpraxis der Therapeuten bei weitem nicht die Möglichkeiten ausschöpft, die onlinebasierte Kanäle bieten würden. Das hängt vor allem mit der Skepsis gegenüber der Tatsache zusammen, ob und wie medial vermittelt eine (therapeutische) Beziehung hergestellt werden kann.

Sollte internetbasierte Intervention dennoch in ein therapeutisches Angebot aufgenommen werden, so wird von den befragten Therapeuten eine adäquate Ausbildung gewünscht. Aus medienpädagogischer Sicht stellt sich die Frage, ob Vertrauen in Medientechnologien tatsächlich gelernt werden kann, bzw. wie das Misstrauen in medial vermittelte Interventionen „verlernt“ werden kann. Das Verhältnis zu und die Nutzung von Medien beruht ganz wesentlich auf konkreten Erfahrungen, die man mit diesen macht (vgl. Kapitel 2.2.2). Es wäre also erstens ein „Wollen“ von Seiten der Therapeuten notwendig, sich mit neuen Technologien

auseinanderzusetzen, sowie die Bereitschaft sich auf diese einzulassen und diese auch in ihren beruflichen Alltag zu integrieren. Therapeut und Klient müssen sich in und mit der Medientechnologie, über die sie kommunizieren, wohlfühlen.

VI Conclusio

Durch die zunehmende Mediatisierung des Alltags ist anzunehmen, dass moderne Medientechnologien, wie das Internet, auch in der psychosozialen Versorgung immer mehr integriert und eingesetzt werden. Es ist allerdings festzuhalten, dass internetbasierte Interventionen weder besser oder schlechter wirken als traditionelle Interventionsformen, noch für alle Menschen bzw. jedes Störungsbild eine passende Methode darstellen. Hier ist es, wie auch Kienzle und Eichenberg (2011) festhielten, Aufgabe der Psychotherapieforschung, zu untersuchen für welche Patienten mit welchen Störungsbildern, in welcher Behandlungsphase (Prävention, Behandlung, Nachsorge) mit welchen Formen der modernen Medienunterstützung eine positive Wirkung erreicht werden kann.

Die Entwicklung neuer Medientechnologien und deren starke Integration in den Alltag legen nahe, dass diese auch für psychosoziale und gesundheitliche Versorgung noch viel mehr Potentiale bieten, als bisher ausgeschöpft wurden.

So bieten internetbasierte Interventionsformen etwa neue Möglichkeiten und Chancen, Personengruppen zu erreichen, die den Weg in eine psychotherapeutische Praxis (aus unterschiedlichen Gründen) nie schaffen würden.

Die Skepsis und Zweifel der Therapeuten in Bezug auf positive Wirkung von internetbasierten Interventionen hängt vermutlich eng mit ihrer eigenen Mediensozialisation zusammen. Für jene Generation zukünftiger Therapeuten, die zum Beispiel mit dem Internet bereits aufgewachsen ist, den sogenannten „digital natives“, werden therapeutische Interventionen via Internet vermutlich weniger fremd sein. In den USA scheint ein Paradigmenwechsel bereits vollzogen zu sein – amüsant illustriert durch die Serie „Web Therapy“, die seit 2008 online angesehen werden kann (<http://www.lstudio.com/web-therapy/>). Hier können Zuschauer an

fiktiven Psychotherapiesitzungen, die via Videokonferenz abgehalten werden, teilhaben. Deutlich wird dadurch, dass Therapieformen wie diese in anderen Ländern schon viel selbstverständlicher eingesetzt werden, während sie sich in Österreich noch in einer gesetzlichen Grauzone befinden.

Sowohl für Medienpädagogik, Psychotherapiewissenschaft und therapeutische Praxis wäre es wünschenswert, den Fokus in Zukunft auf mögliche Kombinationen von Face-to-face bzw. traditionellen Interventionen und internetbasierten Angeboten zu legen. Die Ergebnisse der hier präsentierten Arbeit legen nahe, dass sich die unterschiedlichen Disziplinen dabei ideal unterstützen würden – es sollte also auch verstärkt interdisziplinär und praxisorientiert geforscht werden. So könnten umfassendere empirische Daten generiert werden und die Vorteile aus beiden Interventionsformen besser gebündelt und genutzt werden, um schließlich optimale Wirkung und Erfolge zu erzielen.

VI Quellenverzeichnis

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Vol. 4). Washington: American Psychiatric Association.
- Ames et al. (2010) Making Love in the Network Closet. The Benefits and Work of Family Videochat. In: CSCW 2010, Proceedings of the 2010 ACM conference on Computer supported cooperative work.
- Andersson, G. (2009) Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. Behaviour Research and Therapy 47, S 175-180.
- Anthony, K., Merz Nagel, D. (2010) Therapy Online [a practical guide]. London: SAGE
- APA:http://apa.cms.apa.at/cms/content/news_detail.html?rangeCount=0&doc=CMS1290693583366 (Zugriff: 30.11.2010)
- Auer, M. (2011) Onlineintervention im therapeutischen Setting in Österreich. Qualitätskriterien bei Online-Therapie und Beratung aus der Sicht von TherapeutInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Bardi, A., Brady, M. (2010) Why shy people use instant messaging: Loneliness and other motives. In: Computers in Human Behavior 26, S 1722–1726.
- Batra, A., Wassmann, R., & Buchkremer, G. (Hrsg.) (2009) Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.
- Batra, A. (2009) Selbstkontrollmethoden. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.
- Bauer, S., Kordy, H. (Hrsg.) (2008) E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer

- Böhm, W. (2005) Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Kröner
- Brunner, A. (2009) Theorie der Online-Beratung. In: Kühne, S., Hintenberger G. (Hg.) Handbuch Online-Beratung. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht. S 27-47
- Bundesministeriums für Gesundheit. Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet. Richtlinie auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates bisher veröffentlicht im Psychotherapie Forum, Vol. 13, Suppl. 2, Nr. 2/2005, S 43ff, sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 5/2005, S 13. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Richtlinien_und_Informationen_im_Bereich_der_Psychotherapie Zugriff: 22.10.2011
- Cook, J. E., Doyle, C. (2002) Working Alliance in Online Therapy as compared to Face-to-face Therapy: Preliminary results. CyberPsychology & Behavior 5,2 p 95-105
<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/109493102753770480>
(Zugriff: 10.12.2011)
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Döring, N. (2006) Beratung und Medien. In: Steinebach, E (Hrsg.) Handbuch Psychologische Beratung. Stuttgart: Klett-Cotta, S 96 -117.
- Döring, N. (2003a) Computervermittelte Kommunikation als therapeutisches Medium. In Ott/Eichenberg (Hrsg.), Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung. (S 117 – 127). Göttingen: Hogrefe

- Döring, N. (2003b) Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen Gruppen. 2. vollst. Überarb. und erw. Aufl., Göttingen: Hogrefe
- Döring, N. (2000): Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Batinic, B. (Hrsg.): Internet für Psychologen. 2. Auflage. (S 509-547). Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Eichenberg, C., Kienzle, K (2011) Psychotherapeuten und Internet. Einstellung und Nutzung von therapeutischen Onlineangeboten im Behandlungsalltag. Psychotherapeut, DOI 10.1007/s278-011-0833-4. <http://www.springerlink.com/content/28677u3050288h22/> (Zugriff: 2.11.2011)
- Eichenberg, C., Ott, R. (2011) Klinisch-psychologische Intervention im Internet. Review zu empirischen Befunden störungsspezifischer Angebote. Psychotherapeut, DOI 10.1007/s00278-011-0832-5. <http://www.springerlink.com/content/kk155148877v8107/> (Zugriff: 2.11.2011)
- Eichenberg, C. (2004) Das Internet als therapeutisches Medium. Selbsthilfe und Intervention. Deutsches Ärzteblatt PraxisComputer 2 (S 14-16).
- Engel, F., Sickendiek, U. (2004) Beratung. In: Krüger, H., Grunert, C. (Hrsg.) Wörterbuch der Erziehungswissenschaft (S 35-41). Wiesbaden (pfd)
- Faulstich, W. (2004) Medienwissenschaft. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Flick, U. (2007) Qualitative Sozialforschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Funke, J., Stumpf, M., Weichselgartner, E., Wilkening, F. (2003) Qualitätssicherung im Bereich neuer Medien durch Einführung von Qualitätskriterien. In: Ott, R., Eichenberg, Ch. Klinische Psychologie und

- Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung (S 99-117). Göttingen: Hogrefe
- Gebhardt, J. (2008) Die Telematisierung kommunikativen Handelns. Umriss einer Konstitutionsanalyse interpersonaler Telekommunikation im Alltag. In: Willems, H (Hrsg.): Weltweite Welten. Internet-Figurationen aus wissenssoziologischer Perspektive. Wiesbaden: VS.
- Gläser, J., Laudel, G. (2009) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Giddens, A. (2009) Sociology. 6th edition. Cambridge: Polity.
- Hautzinger, M. (2009) Kognitive Verfahren. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme
- Holm-Hadulla, R. M. (2000) Die therapeutische Beziehung. Psychotherapeut, 45(2), 124-136.
- Jacobson, E. (1938) Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Jandl-Jäger E., Strobl, K., Cypionka, T. (2004) Psychotherapie im Internet: Österreich. Psychotherapie Forum, 12, S 156-163.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1981) Bewerkstelligung klinischer Veränderungen: Ein Prozeßmodell der Therapie. Verhaltensmodifikationen, 2, 125-136.
- Keller, J., Novak, F. (2007) Herders pädagogisches Wörterbuch. Erfstadt: Hohe
- Kersting, A., Schlicht, S., Kroker, K. (2009) Internettherapie. Möglichkeiten und Grenzen. Nervenarzt 80:797-804, DOI 10.1007/s00115-009-2721-5
- Kilian, J. (2001) T@stentöne. Geschriebene Umgangssprache in computervermittelter Kommunikation. Historisch-kritische Ergänzungen zu

- einem neuen Feld der linguistischen Forschung. In: Beißwenger (Hrsg.): Chat-Kommunikation. Sprache, Interaktion, Sozialität & Identität in synchroner computervermittelter Kommunikation. Perspektiven auf ein interdisziplinäres Forschungsfeld. S. 55-78.
- Knaevelsrud, C., Maercker, A. 2006 Does the quality of working alliance predict treatment outcome. In: online psychotherapy for traumatized patients?. JMIR 8, 4 <http://www.jmir.org/2006/4/e31/> (Zugriff: 10.12.2011)
- Kühne, S., Hintenberger G. (2009) Handbuch Online-Beratung. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Margraf, J., Lieb, R. (2000) Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunftsorientierten Neucharakterisierung. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. S. 3). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Mayring, P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mills, S (2011) Caring through technology: Using e-mail for Christian pastoral care. In: Interacting with Computers 23 (2011) 106–116.
- Murphy, L & Mitchell, D. (1998) When writing helps to heal: E-mail as therapy, British Journal of Guidance & Counselling, 26:1, 21-32
- Ott, R., Eichenberg, C. (2003) Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung. Göttingen: Hogrefe
- Parfy, E. (2009) Verhaltenstherapie In T. Slunecko (Hrsg.), Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Fakultas.wuv.
- Perrez, M., Baumann, U. (1998) Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber

- Pingdom.com - - <http://royal.pingdom.com/2010/04/23/amazing-facts-and-figures-about-instant-messaging-infographic/>, (Zugriff: 30.12.11)
- Ploil, E., O. (2009) Psychosoziale Online-Beratung. München: reinhardt
- Przyborski A., Wohlrab-Sahr M. (2010) Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg
- Reisinger, A. (2011) Psychotherapie mit Videotelefon – Telemental Health by using Videoconferencing. Unveröffentlichte Masterarbeit. ARGE Bildungsmanagement Wien.
- Schäffer, B. (2001) „Kontagion“ mit dem Technischen. Zur generationspezifischen Einbindung in die Welt medientechnischer Dinge. In: Bohnsack, Ralf et al. [Hrsg.] (2001): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Opladen. S. 43-64.
- Schäffer, B. (2003) Generationen – Medien – Bildung. Medienpraxiskulturen im Generationenvergleich. Opladen.
- Schmidt, J. et al. (2010) Nutzungspraktiken im Social Web – Impulse für die medienpädagogische Diskussion. In: Jahrbuch Medienpädagogik. Medienkompetenz und Web 2.0. Wiesbaden:VS.
- Slunecko, T., (Hrsg.) (2009) Psychotherapie. Eine Einführung. Wien: Fakultas. Universitätsverlag
- Statistik Austria (2011) IKT-Einsatz in Haushalten 2011. Online abrufbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html. (zuletzt 30. 12. 11)
- Statistik Austria (2008) IKT-Einsatz in Haushalten 2008. Online abrufbar unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/informationgesellschaft/

ikt-einsatz_inhaushalten/publdetail?id=305&listid=305&detail=499 (zuletzt 30.12.11)

- Stetina, B. U., Kryspin-Exner, I. (2009) Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Wien: Springer Verlag
- Stoerrer, A. (2001) Sprachliche Besonderheiten getippter Gespräche: Sprecherwechsel und sprachliches Zeigen in der Chat-Kommunikation. In: Beißwenger (Hrsg.): Chat-Kommunikation. Sprache, Interaktion, Sozialität & Identität in synchroner computervermittelter Kommunikation. Perspektiven auf ein interdisziplinäres Forschungsfeld. S. 3-24.
- Stumm, G. (1999) Geschichte, Paradigmen und Methoden der Psychotherapie. In Slunecko, T. & Sonneck, G. (Hrsg.), Einführung in die Psychotherapie Wien: Facultas Universitätsverlag. (S 27-76).
- Trabert, W. (2009) Biofeedback-Training. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.
- Turkle, S. (1996) Life on the Screen. Identity in the age of the Internet. New York: Simon&Schuster.
- Vaitl, D. (2000) Biofeedback. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1: Grundlagen und Methoden, 2. Auflage (pp. 337-391). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Van Doorn, N. (2011) Digital spaces, material traces: How matter comes to matter in online performances of gender, sexuality and embodiment. In: Media, Culture & Society. 33 (4) 531-547.
- Wagner, B. (2008) Die virtuelle Couch - Psychotherapie im Internet. Schweizerische Ärztezeitung, 89:34, S 1457 – 1460

- Wassmann, R (2009a) Konfrontationsverfahren. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.
- Wassmann, R. (2009b) Modelle der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.
- Wittchen, H.U., Hoyer, J. (Hrsg.) (2006) Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin-Verl.
- Zimmer, D. (2009) Gesprächsführung und Beziehungsaufbau in der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme.

VII Anhang

1. Übersicht Wirksamkeitsstudien Internettherapie

Übersichten

Tab. 1 Randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Internettherapie				
Störungsbild	Therapiebedingungen	Patientengruppe	Ergebnisse	Studie
Affektive Störungen				
Depression	CBT-Selbsthilfeprogramm (E-Mail-Kontakt einmal/Woche, Teilnahme an Diskussionsforum vs. KG-Teilnahme am Diskussionsforum) Behandlungszeitraum: 8 Wochen	BG n=57, KG n=60	Reduktion der depressiven Symptomatik der BG im Vergleich zur WKG; 6-Monats-Follow-up	Andersson et al. [2]
Depression	BG1 internetbasierte CBT-Intervention (5 Module + ein wöchentlicher Telefonkontakt), BG2 Webseite (Wissensvermittlung/Literatur + ein wöchentlicher Telefonkontakt), KG Umwelteinflüsse und Lifestyle auf die Depression wurden besprochen Behandlungszeitraum: 6 Wochen	BG1 n=182, BG2 n=166, KG n=138	Verbesserung der depressiven Symptomatik bei BG1 ebenso wie bei BG2 im Vergleich zu KG; Prä-Post-Messung	Christensen et al. [9]
Depression	BG1 internetbasierte CBT-Intervention vs. BG2 Webseite mit Informationen zu Depression vs. KG Einmal wöchentlicher Telefonkontakt Behandlungszeitraum: 6 Wochen	BG1 n=94, BG2 n=107, KG n=124	Verbesserung der depressiven Symptomatik in beiden BGs im Vergleich zur KG; 6- und 12-Monats-Follow-up	Mackinnon et al. [20]
Depression ^a	BG1 „face-to-face“ kognitive Therapie (50 min Sitzung), BG2 computergestützte kognitive Therapie (9-mal Face-to-face-Kontakt, 8-mal computergestützte Aufgaben) Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Patienten mit Depression (“free of medication”) BG1 n=15, BG2 n=15, WKG n=15	BG1 und BG2 signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik im Vergleich zur WKG; 3- und 6-Monats-Follow-up	Wright et al. [33]
Angststörungen				
Panikstörungen	Internetbasierte psychoedukative und CB-Selbsthilfeprogramm minimaler E-Mail-Kontakt, Atemtraining vs. WKG Behandlungszeitraum: 8 Wochen	BG und WKG insgesamt n=41	BG signifikante Reduktion der Paniksymptome, Angst, Depressivität im Vergleich zur WKG; Prä-Post-Messung	Carlbring et al. [4]
Panikstörung	BG internetbasierte CBT-Intervention (Psychoedukation, Hyperventilationstest, kognitive Umstrukturierung, Exposition) vs. KG E-Mail und einmal wöchentlicher Telefonkontakt Behandlungszeitraum: 10 Wochen	Patienten mit Panikstörung BG n=30, KG n=30	BG signifikante Unterschiede im Vergleich zur KG bez. der physiologischen Empfindungen, Kognitionen, generellen Ängstlichkeit; 9-Monats-Follow-up	Carlbring et al. [5]
Panikstörung	Computervermittelte vs. Face-to-face-CBT vs. WKG Kontaktdauer: 6 h Behandlungszeitraum: 12 bzw. 6 Wochen	BG1 12 Wochen „face-to-face“ n=45, BG2 6 Wochen „face-to-face“ n=45, 6 Wochen (computervermittelte) Intervention n=41, WKG n=46	Bei beiden BGs signifikante Verbesserung der Symptomatik im Vergleich zur WKG; 6-Monats-Follow-up	Kenardy et al. [12]
Panikstörung	Internetbasierte Psychoedukation und Maßnahmen zur Panikreduzierung vs. KG (1. „selfmonitoring“, 2. Intervention, 3. Postintervention) Behandlungszeitraum: 3 Wochen	BG (Internet) n=11, KG („selfmonitoring“) n=11	BG signifikante Reduktion der Angstsymptomatik im Vergleich zur WKG; Prä-Post-Messung	Klein et al. [13]
Soziale Phobie	Internetbasierte CBT-Intervention (Instruktionen und Feedback über E-Mail, ein Anruf pro Woche zur Motivierung und Verstärkung) vs. WKG Behandlungszeitraum: 9 Wochen	BG n=29, WKG n=28	Signifikante Reduktion des sozialen Angstlevels, Depressionswerte und Vermeidung, keine Verbesserung im „quality of life“; Ein-Jahres-Follow-up	Carlbring et al. [6]
PTBS	BG1 internetbasiertes kognitiv-behaviorales therapeutengestütztes Selfmanagement-Programm vs. BG2 internetbasierte unterstützende Beratung E-Mail und Telefonkontakt Behandlungszeitraum: 8 Wochen	BG1 n=24, BG2 n=21	BG1 führt zu einem stärkeren Abfall der Werte für Depression, PTSD und Angst; 3- und 6-Monats-Follow-up	Litz et al. [19]
PTBS	CBT-Intervention (E-Mail-Feedback und neue Instruktion nach jeder Sitzung) vs. WKG Behandlungszeitraum: 5 Wochen	BG n=49, WKG n=47	Signifikante Reduktion der PTSD-Symptomatik der BG im Vergleich zur WKG, stärkerer Rückgang der Depressions- und Angstsymptomatik bei BG; 3-Monats-Follow-up	Knaevelsrud et al. [15]

Tab. 1 Randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Internettherapie (Fortsetzung)				
Störungsbild	Therapiebedingungen	Patientengruppe	Ergebnisse	Studie
PTBS	BG internetbasierte CBT-Intervention (Selbstkonfrontation, kognitive Umstrukturierung, „sharing“) vs. WKG Behandlungszeitraum 5 Wochen	BG n=69, WKG n=32	BG signifikant größere Verbesserung der PTSD-Symptome sowie der generellen Psychopathologie; 6-Wochen-Follow-up	Lange et al. [16]
Essstörungen				
Essstörung ^a	BG1 internetbasierte Intervention vs. BG2 Face-to-face-Intervention vs. WKG. Ein Kontakt pro Woche Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Probandinnen mit hoher Unzufriedenheit bez. ihres Körpers, Körperbildstörung BG („face-to-face“) n=42, BG (Internet) n=37, WKG n=37	Beide Interventionsgruppen zeigten eine Verbesserung der Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe; 6-Monats-Follow-up	Paxton et al. [22]
Reduktion von Risikofaktoren für Essstörung	Psychoedukative CB-Intervention internetbasiert vs. in Gruppe vs. WKG Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Subklinische Stichprobe; BG n=25, BG2 n=26, WKG n=26	In beiden BGs signifikante Reduktion des gestörten Essverhaltens, kein signifikanter Unterschied zwischen BGs; 4-Monats-Follow-up	Celio et al. [7]
Reduktion von Risikofaktoren für Essstörung	Internetbasierte psychoedukative Intervention vs. KG Behandlungszeitraum: 8 Wochen	Studentische Stichprobe; BG n=27, WKG n=29	Verbesserung der Symptomatik; 10-Wochen-Follow-up	Zabinski et al. [34]
Adipositas				
Übergewicht	BG1 internetgestützte Intervention und wöchentliches Treffen im Chatroom vs. BG2 internetgestützte Intervention und monatliches Treffen („face-to-face“) Ein Kontakt pro Woche in den ersten 6 Monaten, alle zwei Wochen Kontakt in der 2. Behandlungshälfte Behandlungszeitraum: 12 Monate	BG1 n=61, BG2 n=62	Keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Größe des Gewichtsverlusts; Prä- und 6-Monate-Post-Messung	Micco et al. [21]
Übergewicht	Behaviorales Internetprogramm vs. E-Mail-Beratung 4-mal Kontakte (Prä, 3, 6, 12 Monate) Behandlungszeitraum: ein Jahr	Adipöse Patienten mit dem Risiko einer Diabetes II, Internetbedingung n=46, Internetbedingung mit E-Mail-Beratung n=46	Signifikant stärkere Gewichtsabnahme in BG mit Internetbedingung und E-Mail-Beratung; Prä-Post-Messung	Tate et al. [29]
Übergewicht	BG internetbasierte verhaltenstherapeutisch, interaktives Programm vs. internetbasierte Psychoedukation als Kontrollbedingung Behandlungszeitraum: 6 Monate	Afroamerikanerinnen; BG n=57 sowie deren übergewichtige Eltern	BG größerer Fettverlust bei Mädchen und Eltern im Vergleich zur KG, nach 18 Monaten Zurückgewinn des verlorenen Gewichts; 2-Jahres-Follow-up	Williamson et al. [32]
Enkopresis	BG1 internetbasierte Intervention vs. KG Prä- und Post-Kontakt sowie Telefonkontakt Kontakt: Hausbesuch vor und nach der Behandlung Behandlungszeitraum: 3 Wochen	Bettnässende Kinder; BG1 n=12, KG n=12	BG1 signifikant größere Verbesserung der Symptome fäkale Verschmutzungsneigung, Stuhlgang in die Toilette; Ein- bzw. 2-Wochen-Follow-up	Ritterbrand et al. [24]
Andere Störungsbilder				
Pathologische Trauer (komplizierte Trauer)	BG internetbasierte CBT-Intervention (Selbstkonfrontation, kognitive Umstrukturierung) vs. WKG Behandlungszeitraum: 5 Wochen	BG n=26, WKG n=29	BG signifikante Verbesserung bez. der Symptome Intrusionen, Vermeidung, generelle Psychopathologie; 3-Monats-Follow-up	Wagner et al. [30]
Chronischer Kopfschmerz	BG VT-Internetintervention (Muskelrelaxation, Biofeedback, autogenes Training, Stressmanagement) vs. KG Symptombeobachtung Behandlungszeitraum: 4 Wochen	BG n=39, KG n=47, Drop Out n=54	BG signifikant größere Verbesserung der Symptomatik als KG, Symptombeobachtung, 2-Monats-Follow-up	Devineni et al. [9]
Kopfschmerzen	Problemlösungsorientierte Verfahren und Entspannung (E-Mail) vs. WKG Ein Kontakt pro Woche Behandlungszeitraum: 6 Wochen	BG (Internet) n=51, WKG n=51	BG signifikant seltener und weniger Kopfschmerzen im Vergleich zu WKG; Ein-Monats-Follow-up	Ström et al. [27]

Abbildung 1: Übersicht Wirksamkeitsstudien Internettherapie (aus Kersting et al. 2009, S 800f)

2. Auswertungstabellen

Fall B „Checkerin“

Fall B Zeile	Primärtextstelle	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
8	Ja, ich hab Erfahrung mit onlinebasierter Therapie.	Erfahrung mit onlinebasierter Therapie	Erfahrung mit onlinebasierter Therapie	K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation
97-98	das ist insofern schwierig, weil das meistens Leute sind, die sich das Medium ja aussuchen, das heißt das klassische Erstgespräch kann ich so nicht machen	Leute suchen sich das Medium aus, klassisches Erstgespräch kann ich so nicht machen	Klassisches Erstgespräch so nicht möglich	
99	was ich trotzdem versuch zu erreichen ist, dass die Personen ein paar Fragebögen ausfüllen, daas ich zumindest so ein bisschen zu einer Differentialdiagnostik komm	Ich versuche, dass Personen ein paar Fragebögen ausfüllen, um zu einer Differentialdiagnostik zu kommen	Fragebögen ausfüllen, um Differentialdiagnostik zu erstellen	K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
101-103	wenns tatsächlich jemand ist, der mich online kontaktiert ahm um jetzt Einzeltherapie zu bekommen, dann ist das ein Weg den ich prinzipiell mal so akzeptiere, aber wo ich gern versuch das in eine Richtung zu lenken, dass ich die Person zumindest ein Mal auch reell sehe, wo ich einen face-to-face Kontakt hab	Online kontaktiert bzgl. Einzeltherapie – Weg wird akzeptiert. Versuch ein Mal F2F Kontakt zu haben	Trotz Kontaktaufnahme online Versuch eines einmaligen F2F Kontaktes	K: B2 Kommunikation und Symbolik

107-109	ein Onlinetraining wo es um Selbstkonzept geht und eine Person sagt, genau dafür interessiere ich mich und das möchte ich machen, dann ist das ganz was anderes, ja weil da sozusagen, da ist dann sowohl die Diagnostik als auch sämtliche Dinge in dem Programm schon enthalten und die Person interessiert sich konkret dafür.	Bei Onlinetraining für Selbstkonzept ist die Diagnostik sowie sämtliche Dinge in dem Programm schon enthalten	Bei Selbstkonzept: Diagnostik in dem Programm enthalten	K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
110-113	Wenn jetzt jemand mit einem beliebigen Problem kommt wo einfach auch keine entwickelten Konzepte dazu da sind, die jetzt die die Onlinetherapie betreffen und es mehr so ein wischi-waschi Vorgehen wäre, ist es so, dass ich es eigentlich mehr zur Anbahnung verwende und dann versuch die Leute doch mal zu sehen und dann einfach quasi die normale face-to-face Behandlung auf online umzulegen.	Bei Problemen für die die Onlinetherapie noch keine Konzepte entwickelt hat, versuche ich die Leute ein Mal zu sehen und dann F2F Behandlung auf online umzulegen	keine Konzepte für onlinebasierte Therapie vorhanden – Versuch F2F-Behandlung auf online umzulegen	
140-142	Körpersprache hat einen sehr hohen Stellenwert, ich würde sagen wenn die gesprochene Sprache etwa ein Drittel ausmacht, würd ich sagen zwei Drittel macht für mich die nonverbale Kommunikation aus	Körpersprache hat einen sehr hohen Stellenwert. Nonverbale Kommunikation macht zwei Drittel aus	Körpersprache hat sehr hohen Stellenwert	K: B2 Kommunikation und Symbolik
149-153	Vorteile seh ich einige. Diese klassische zone for reflection die ich hab wenn ich ein E-mail bekomme, drüber nachdenken kann was ich schreib ihm sowohl ich als auch der Patient, kurz drüber nachdenken kann wie ist das gemeint, ihm Dinge vorformulieren kann, sehr gut aufheben kann, besser noch als ich irgendwelche Chats oder andere Dinge aufheben kann, ihm eine etwaige	Einige Vorteile: Zone for reflection bei E-mail Kommunikation, drüber nachdenken können, Dinge vorformulieren oder	Vorteil: Zone for reflection; Situationen abkühlen lassen – gilt für Therapeut und Klient	

	Situation auch abkühlen lassen kann, eben dadurch dass es asynchron stattfindet.	aufheben. Situationen abkühlen lassen durch Zeitverzögerung		
155-165	<p>ein Nachteile kann klar die Zeitverzögerung auch sein, aber ich bin an sich jemand der eher sagt, ahm dass die derzeitige gesetzliche Grundlage von wegen, dass es nur dann erlaubt ist, wenss eine synchrone Kommunikation ist, eher ungünstig ist, weil eben es bestimmte Personen gibt, die dann wohl via E-mail Kontakt aufnehmen und meines Erachtens nach der Patient den Kommunikationsweg wählt und der sollte respektiert werden und wenn das über E-mail ist, dann kann das auch über E-mail stattfinden, man muss einfach gewisse Alternativpläne überlegen, was ist wenn es zu einer tatsächlichen Krise kommt, wie ist dann die Vorgehensweise, wie ist das Verhalten im Fall einer suizidalen Krise oder ähnliches und das muss dann recht rasch geklärt werden, sonst seh ich da an sich kein Problem drin.</p> <p>Die andren Dinge betreffen alle die synchrone Kommunikation ganz genauso weil sämtliche technische Probleme die es geben kann, Verschlüsselungen und so weiter, was immer wieder genannt wird, betrifft jegliche Art der computergestützten Kommunikation, insofern ist das hinfällig</p>	<p>Ein Nachteil kann die Zeitverzögerung sein</p> <p>Gesetzlich nur erlaubt, wenn synchron</p> <p>Alternativpläne und Vorgehensweisen müssen überlegt werden, falls es zu Krise kommt</p> <p>alle anderen Dinge betreffen synchrone Kommunikation genauso: technische Probleme, Verschlüsselungen betrifft jede Art computergestützter Kommunikation</p>	<p>Nachteil kann Zeitverzögerung sein</p> <p>Kritik an gesetzlicher Grundlage weil:</p> <p>1. Patient wählt Kommunikationsweg und der sollte respektiert werden</p> <p>2. weil alle anderen Dinge betreffen synchrone Kommunikation ebenso</p>	

175-182	<p>kognitive Umstrukturierung beispielsweise hat sehr viel auch mit Information zu tun, die der Patient bekommt und die Erfahrung die ich gemacht hab, ist dass es nicht nur sehr gut online möglich ist, es ist sogar möglich, wenn es beispielsweise ein System ist, das sehr gut von einem Psychologen programmiert ist, dann ist es sogar möglich ohne dass der Psychologie bis zu einem gewissen Punkt da sich miteinbezieht, das heißt dieser Aspekt den wir sonst im Sokratischen Dialog abhandeln oder bestimmte Aufgaben die der Patient da zu erledigen hat, sind auf computergestütztem elektronischem Weg genauso gut wenn nicht teilweise sogar besser möglich, als es offline möglich ist, ja.</p>	<p>Kognitive Umstrukturierung hat sehr viel mit Information zu tun</p> <p>Wenn System von Psychologen gut programmiert ist, dann es sogar ohne Miteinbezug des Therapeuten möglich</p>	<p>Wenn gutes Konzept vorhanden und von Psychologen gut programmiert, ist online arbeiten ohne Zutun eines Therapeuten möglich</p>	<p>K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren</p>
183-188	<p>Immer wieder Hausaufgaben einzutragen, Gedanken einzutragen andere Dinge zu tun ist sehr gut möglich, wichtig dabei ist natürlich dass das System auf bestimmte ahm Schlüsselbereiche, Informationen wo es sozusagen gefährlich wird in Richtung Selbst- oder Fremdgefährdung gut reagiert, aber ansonsten ist da der Vorteil dass wenn ich ein sehr gutes Konzept dahinter hab mit einer Überlegung in welcher Richtung kann das oder das weiter gehen, ich sehr sehr gut online auch kognitiv arbeiten kann, teilweise sogar ohne Zutun eines Professionisten, wenn der davo::r die Arbeit dafür gut gemacht hat.</p>	<p>Bestimmte Aufgaben sind elektronisch genauso oder besser möglich als offline</p> <p>Hausaufgaben, Gedanken eintragen ist sehr gut möglich</p> <p>System muss auf best. Schlüsselbereiche, Informationen reagieren</p> <p>Vorteil: wenn gutes Konzept dahinter, kann man sehr gut online kognitiv arbeiten</p>		

194-199	<p>Also ich denke sehr sehr gut, es kommt natürlich auf den Bereich an, spezifische Phobien, denke ich ist es sehr gut geeignet, ahm was wir in den Studien gesehen haben, ist es für Sozialphobie sehr gut geeignet, es ist ahm vor allem was den Präventionsbereich betrifft für Depression sehr gut geeignet ahm ja wenn ich jetzt so kognitiv behaviorale ahm Onlinetherapie nehme, gehts um Angst, gehts um Depression, computergestützt ohne online gibts was für Zwänge, was sehr gut wirken kann, könnt ich mir online auch gut vorstellen</p>	<p>Spezifische Phobien sehr gut geeignet</p> <p>Studien zeigen sehr gut für Sozialphobiker</p> <p>Depressionen im Präventionsbereich</p> <p>Computergestützte Programme für Zwänge – online gut vorstellbar</p>	<p>Gut geeignet für: Spezifische Phobien, Sozialphobiker, Präventionen für Depressionen</p>	<p>K: B4 Störungsbilder</p>
204-206 206-215	<p>Ja, ich denke es ist alles und das ist jetzt quer durch sozusagen alle Methoden alles was mit Hausübungen zu tun hat geht perfekt, also das Element Hausübungen ist ein wichtiges und das geht sehr gut.</p> <p>Alles was mit dem Thema Entspannung zu tun hat geht sehr gut, weil ob ich einem Patienten das vorsage oder ob ich ein mp3 online stelle, wo er halt vorgesagt bekommt von mir, weil ichs aufgenommen hab, ist eigentlich egal, ob ich der Person irgendein Blatt wo irgendwas aufgeschrieben werden muss in die Hand drücke oder das online zur Verfügung stelle ist auch ebenfalls das gleiche. Also Entspannung, Entspannungsanleitungen, Entspannungsmusik alles was in die Richtung geht, durchaus auch Anleitung zur Verhaltensexperimenten also grad so was eben in der Verhaltenstherapie dass man sagt, na dann probieren Sie mal dieses oder jenes Verhaltensexperiment aus, kann ich mir auch sehr gut vorstellen, ahm sämtliche Form der Tagebücher,</p>	<p>Alles was mit Hausübungen zu tun hat</p> <p>Alles was mit Entspannung zu tun hat</p> <p>Anleitung zu Verhaltensexperimenten</p> <p>Tagebücher,</p>	<p>Element Hausübungen geht sehr gut, Entspannungsanleitungen, Anleitungen zu Verhaltensexperiment, Tagebücher, Selbstmanagement</p>	<p>K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren</p>

	die gemacht werden müssen sind sehr gut. Alles was mit Stimmungsdokumentation zusammenhängt funktioniert sehr gut, Selbstmanagement funktioniert auch sehr gut online	Stimmungsdokumentation, Selbstmanagement		
226-233	Da gibts verschiedene Ideen dazu, die auch selber hab, die aber natürlich auch auf Forschungen basiert, das sind zum einen, die einfach das Medium wählen aus unterschiedlichsten Gründen, das kann auch einfach sein, weil sie es gerne möchten, ahm das sind zum anderen die, die sehr schwer beeinträchtigt sind und damit teilweise schon sehr sehr lange mit verschiedensten Problemen zu tun haben und einfach eine herkömmliche Variante nicht gern wollen. Ahm ich hätte früher gedacht es sind mehr subklinische Fälle, das glaub ich ist ein Irrtum, ich glaub es ist im Gegenteil, es sind eher schwerere Fälle, also wenn ich mir die Diagnostik so anschau ahm die ich bisher von von Online-Interventionen hab würd ich eher sagen es sind fast schwerere Fälle teilweise, Leute die sich schon länger damit herum schlagen	Menschen, die das Medium wählen, weil sie es gern wollen Sehr schwer beeinträchtigte Personen	Menschen, die Kommunikation über Medium bevorzugen; eher schwer beeinträchtigte Personen	K: C Zielgruppe
240-244	Also ich könnt jetzt nicht sagen, dass irgendein Alter das besonders macht und ein anderes weniger. Die Idee finden natürlich jüngere Leute eher bestechend als ältere, ahm und wahrscheinlich diejenigen die von sich aus mich auf die Art kontaktieren sind auch eher jünger, aber insgesamt vom Anwendungsbereich her würd ich nicht sagen, dass ein Altersunterschied besteht.	Ursprüngliche Vermutung, dass eher subklinische Fälle Zielgruppe sind, daber Diagnostik zeigt eher schwere Fälle Idee für jüngere Leute ansprechender, insgesamt aber kein Altersunterschied vom Anwendungsbereich	vom Anwendungsbereich her kein Altersunterschied	

265-269	es wär auch wirklich sehr hilfreich wenns da eine gute Fortbildung gäbe, also jeder der das macht sagt immer wieder es wäre doch toll wenn man wirklich auf einem hohen Level da Dinge anbieten könnte, ahm das was es gibt, lässt einfach sehr zu wünschen übrig also mehr als der normale Hausverstand den man auch so in der Ausbildung mitkriegt ist da oft meines Erachtens nach nicht enthalten.	Es wäre toll und hilfreich wenn man Dinge auf hohem Niveau anbieten könnte, was es bist jetzt gibt lässt zu wünschen übrig	Wunsch nach Fortbildung auf hohem Level	K: D Zukunftsperspektiven
273-277	es ist zu wenig konzeptuell zu wenig evidence based was da gelehrt wird, international gibt's glaub ich ein Masterstudium wo es vorkommt zumindest, wo auch Therapie jedenfalls vorkommt, aber es ist international auch noch relativ wenig, es macht wirklich jeder was er gern möchte ahm aber es gibt also es schon manche Länder wo es Richtlinien zumindest gibt und ahm aber ich glaub so für eine gscheite Ausbildung das wird noch etwas länger dauern.	Kritik: zu wenig konzeptuell, zu wenig evidence based International gibt es auch relativ wenig ordentliche Ausbildung wird noch länger dauern	Was es bist jetzt gibt ist zu wenig konzeptuell und zu wenig evidenzbasiert	

Fall C „Dr. Dr. Telefon“

Fall C Zeile	Primärtextstelle	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
6-7	nein, hab ich gar nicht. Also ich hab natürlich mit Borderlinern immer wieder intervenierenden e-mail Kontakt, aber das ist eigentlich ähm eine Zusatzintervention zur Therapie	Nein, hab ich nicht. Mit Borderlinern intervenierenden E-Mail-Kontakt	Nein; aber intervenierenden E-Mail-Kontakt als Zusatzintervention	K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation
58-61	Also Körperhaltung, der körperliche Ausdruck und Mimik und Gestik kann schon sehr viel nonverbale Botschaften einfach, viele Informationen auch an die Patienten weitergeben und in manchen Situationen mehr als das gesprochen Wort, vor allem wenns um starke Leidenszustände geht, um das Aushalten von Gefühlen und das Unterstützen in Krisen.	Körperhaltung, Mimik und Gestik vermittelt viele nonverbale Botschaften an Patienten, vor allem in starken Leidenszuständen	Nonverbale Kommunikation sehr wichtig vor allem bei Unterstützung in Krisen	K: B2 Kommunikation und Symbolik
73-74	Nein, nein, also das geht gar nicht. Also ich bin der Ansicht übers E-mail kann Therapie nicht stattfinden. Beratung, Ratschläge das geht, aber über E-mail selbst (pause) ja:	Therapie kann nicht per E-Mail stattfinden, weil Dialog fehlt	Therapie kann über E-Mail nicht stattfinden, weil Dialog fehlt.	
78-80	Weil der Dialog, der Dialog eh fehlt, weil eh die die die ehm der Ton der Musik, also der Wortklang ehm ja also das ist aber allgemein meine Überzeugung, dass per E-mail keine Konversation ersetzen kann;	E-Mail kann keine Konversation ersetzen Auch Chat asynchron; Dynamik und Klang fehlt; bei Videokonferenz geht Ausstrahlung verloren	Auch per Chat oder Videokonferenz fehlt Dynamik, Klang und Ausstrahlung	
84-86	auch wenn es per Chat geht ist es dennoch asynchron, ja dass die Dynamik fehlt, ehm, ja der Klang u:nd auch wenn man's über Video macht ist es dennoch die Ausstrahlung, es geht sehr viel verloren.			

91-94	also Videokonferenzen oder ehm Videomeditationen, aber nicht nicht im also das mach ich nur im Freundeskreis mit Freunden, aber nicht nicht im beruflichen Bereich. Also auch im beruflichen Bereich, wenn es um Sitzungen geht, aber nicht um ehm Sitzungen mit Klienten, sondern wenns um Organisatorisches geht.	Videomeditationen nur im Freundeskreis; im beruflichen Bereich nur wenns um organisatorische Sitzungen geht	Videokonferenzen nur im privaten Bereich und beruflich nur wenn es um Organisatorisches geht	K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation
105-109	möglicherweise, wo es um Fe::hlannahmen geht, bei Depressionen, bei Essstörungen, da könnte man natürlich über E-mail übers Internet oder online ehm Aufgaben geben, erarbeiten, man bekommt die wieder zurück, man arbeitet wieder damit e::hm, den kognitiven Teil könnt ich mir noch am ehesten vorstellen, mit eben begrenzter Intensität. Hhmm, aber ich würd keinen Mehrwert daraus ziehen.	bei Depressionen, Essstörungen Aufgaben online, per e-mail oder Internet geben Kognitiver Teil am ehesten vorstellbar, mit begrenzter Intensität Verhaltensanalysen, störende Verhaltensweisen, nur Beobachtung und Analyse, eigentliche Therapie ist nicht möglich Bulimie, Essattacken	Depressionen, Essstörungen Unklar, welche Formen der Kommunikation unter onlinebasierte Intervention fällt Kognitiver Teilvorstellbar begrenzte Intensität Nur Verhaltensanalysen und -beobachtungen, keine Therapie möglich Bulimie, Essattacken	K: B4 Störungsbilder K: B2 Kommunikation und Symbolik K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
116-120	wenns um Verhaltensanalysen geht, könnte man noch machen sowohl die vertikale als auch die horizontale eh::m. ja oder wenns ehm um ehm singuläre störende Verhaltensweisen eh aber hier auch nur um die Beobachtung um die Analyse, aber nicht um die eigentliche Therapie, das geht meines Erachtens ist es nicht möglich auch bei Bulimie zum Beispiel oder Essattacken.			
122-124	Man kann natürlich das man kann natürlich das machen ja auch die Patienten zu Hause in in ehm da sitzen ja auch am Computer und füllen diese Formulare aus und ehm diese Tabellen aber besprochen wirts dann eigentlich face to face.	Kann man natürlich die Patienten zu Hause am Computer	Patienten zuhause am PC arbeiten lassen	

		Formulare ausfüllen lassen, aber dann F2F besprechen	geht. Besprechen nur F2F vorstellbar	
134-136	online, hmm:: ja: ich glau:be hm:: dass 14-18jährige kann ich mir gut vorstellen, wei::l sich hier auch möglicherweise die Hemmschwelle ist, e::hm größer ist selbst einen Therapeuten aufzusuchen.	Online ansprechend für 14-18jährige, weil Hemmschwelle selbst Therapeuten aufzusuchen groß ist	Zielgruppe: Jugendliche (14-18jährige)	K: C Zielgruppe
140-141	viele Jugendliche auch in einer verzweifelten Position sind und hier online das sicher nutzen könnten hier um professionellen Rat zu bekommen.	Jugendliche in verzweifelten Situationen können online professionellen Rat holen	Online ist Hemmschwelle niedriger und Zugang leichter	
145-146	Und das könnt ich mir gut vorstellen, dass hier die Schwelle niedrig ist, weil chatten oder e-mailen oder Internet das darf heutzutage schon jeder und	Gut vorstellbar, weil Hemmschwelle niedrig ist und der Zugang leichter ist		
174-175	Nachfrage weiß ich jetzt äh nicht direkt, aber ich vermute eine einen Bedarf, Nachfrage kann ich nicht sagen, weil ich ja keine anbiete und weil aber ich vermute hier einen Bedarf	Nachfrage kann ich nicht beurteilen, vermute aber hier einen Bedarf	Vermutet Bedarf	K: D Zukunftsperspektiven
180-183	Ja also wenns angeboten wird, glaub ich ist es sicher sinnvoll hier auch Konzepte dazu zu liefern. Also wenn man sowas schon anbietet bzw auch eine Ausbildung in diesem Bereich weil das natürlich gewisse natürlich gewissen Vorteile aber	Wenn es angeboten wird, dann ist es sinnvoll Konzepte zu liefern	Wenn onlinebasierte Interventionen angeboten werden	

	auch gewissen Gefahren mit sich bringt und dass man hier ausreichend achtsam damit umgeht auch	Ausbildung anbieten, weil gewisse Vorteile, aber auch Gefahren damit verbunden	sollen, dann auch Konzepte und Ausbildung dazu liefern.	
--	--	--	---	--

Fall D „G’spür“

Fall D Zeile	Primärtextstelle	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
13-16	eigentlich gar nicht, ich mein natürlich werd ich manchmal auch über E-mail angeschrieben, ja von potentiellen Klienten aber da gehts mehr um sozusagen gibts einen Platz, was kostets, ahm also es geht eher so um die Rahmenbedingungen über die ich mich da unterhalte und weniger weniger um die Problematik	Gar nicht, per Mail nur Informationen zur Rahmenbedingungen	Mail Kontakt nur zur Klärung von Rahmenbedingungen	K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation
83-85	weil mein sozusagen meine Intuition natürlich auch sehr stark von der Körpersprache des Klienten abhängt, also es geht net nur um darum was er sagt sondern so auch wie ich ihn erlebe, ja und das ist natürlich sehr stark mimik- und gestikabhängig.	Meine Intuition hängt stark von Körpersprache des Klienten ab – sehr stark mimik- und gestikabhängig	Intuition der Therapeutin stark von Körpersprache des Klienten abhängig	K: B2 Kommunikation und Symbolik
90-94	Hm, spontan würd ich sagen, geht gar nicht, ja weil ich denke dass Therapie (pause) sehr stark beziehungsabhängig ist und ich stell mir die Frage wie ich quasi wirklich eine Beziehung über diese Medien aufbauen kann, nämlich eine Beziehung die, eine nonverbale Beziehung. Und es läuft sehr viel über die nonverbale Beziehung also sozusagen (pause)	Geht gar nicht, weil Therapie sehr stark beziehungsabhängig ist. Es ist fraglich wie eine Beziehung über Meiden aufgebaut werden kann – eine nonverbale Beziehung.	Therapie sehr stark beziehungsabhängig; Fraglich ob Beziehung über Medien aufgebaut werden kann	K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung

95-96	wenn ich jetzt davon überzeugt bin der Klient schafft das, dann lass ich ihm was rüber, aber nicht die Worte, wissens was ich mein.	Kann mir nicht vorstellen wie das funktionieren soll	Zweifel, ob das funktionieren kann	
105-109	da geht viel auf einer anderen Ebene und des kann ich ma net vorstellen wie das funktionieren soll, sag ich jetzt ehrlich Hmm es wär sicher im kognitiven Bereich noch am ehesten möglich, ganz klar ahm hm ich seh halt die Schwierigkeit drinnen, dass ich als Therapeut nicht mehr so gut arbeiten kann weil ich sozusagen mir die Intuition also ich arbeite ja auch im kognitiven Bereich nicht ein Schema ab, ja sondern es gibt gewissen Techniken ja, aber sozusagen auf welches Wort auf welchen ahm vielleicht auch vernebelten Hinweis des Klienten ich einsteige des muss ich spüren, ja und ich weiß nicht ob ich das spüren kann	Im kognitiven Bereich am ehesten möglich; Therapeutisches Arbeiten schwieriger weil Intuition fehlt, es werden nicht nur Techniken abgearbeitet Konzept sagt nicht wie Verlauf ist, Intuition ist weg weil Kontakt fehlt Theoretisch könnte man kognitive Therapie über Internet machen Da Individuelles nicht gespürt wird, kann nur ein Standard erarbeitet werden	Kognitiver Bereich möglich Trotzdem fehlt Intuition und das Spüren worauf man einsteigt Beziehung wird als defizitär erlebt durch fehlenden Kontakt Kognitive Therapie über Internet möglich, kann nur Standard sein	K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
111-116	in welche Gasse ich einbieg das sagt mir nicht mein Konzept sondern das sagt mir meine Intuition und die ist dann weg, die kann i net haben wenn ich eben nicht im Kontakt hab ja, also die schneid ich mir ab, das heißt ich mein ich könnt kann natürlich gewiss pff a:h sagma so ich könnte theoretisch eine kognitive Therapie am über Internet das machen ja, aber sozusagen das was ich dann mit dem Klienten erarbeite kann nur Standard sein weil das Individuelle spür ich eben dann nicht			K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung
121-125	ich spür net ob die Stufe eins für den Klienten wirklich die Stufe eins ist, es könnt nämlich aus sein dass vielleicht die Stufe eins gar nicht die Stufe eins ist weil er viel	Ich spür nicht auf welcher Stufe er sich wirklich befindet — kann		

	niedrigschwelliger anfangen müsste das traut sich aber mir nicht sagen, ja weil er sich denkt sonst denkt sie sich überhaupt ich weiß nicht, ich bin verrückt oder das ist ja entsetzlich was bin ich für ein Lappsack ahm das täte ich spüren aber das spür ich natürlich nicht übers Internet, also es bleibt Standard	nur Standard bleiben		
133-134	vielleicht für Zwangspatienten weil Zwangspatienten überhaupt sagma sehr schwer ist überhaupt a Beziehung ja, aufzubauen, ja und die gerne sozusagen die sicheren Rituale haben	Zwangspatienten, weil es für die schwer ist Beziehung aufzubauen, brauchen Rituale	Vielleicht Zwangspatienten	K: B4 Störungsbilder
135-138	bei der Angst ist scho wieder nimmer ganz so gut prinzipiell weil Angst ist ein sehr starkes Gefühl, der Angstpatient halt sicher gern ein Gegenüber dem er sagen kann wie sehr er leidet sag ich jetzt mal ja, also weiß nicht ob sich der Angstpatient so gut aufgehoben fühlen würde in dem Medium ja, weil er braucht immer jemanden der ihm sagt, das schaff ma schon, das tu ma schon, ja.	Angst nicht so gut, weil die gern ein unterstützendes Gegenüber haben	Angstpatienten ungünstig	
141-144	Sozialphobiker könnten auch ganz gut sein, ja also überall dort wo sozusagen ahm die (pause) sagma so, primär könnt's ganz gut sein eine Unterstützung wobei genau die Klienten natürlich eigentlich die Beziehung lernen müssen ja, und das heißt ich ahm sozusagen schau an einem Teil ihrer Symptomatik vorbei	Bei Sozialphobikern als Unterstützung, wobei gerade diese Patienten Beziehung lernen müssen	Sozialphobiker eventuell als Unterstützung, wobei man an Teil der Symptomatik vorbeischaut	
154-155	Entspannungsmethoden allenfalls. Ja, mal sagen wie gehts wie beginnt man, probieren's mal aus, schau ma dann wie ist es Ihnen gegangen	Entspannungsmethoden		K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren

158-159	Weil ich extrem beziehungsorientiert arbeite und sozusagen den Medien gegenüber relativ skeptisch bin	Arbeite extrem beziehungsorientiert, bin Medien gegenüber relativ skeptisch	Medien gegenüber relativ skeptisch;	K: B2 Kommunikation und Symbolik
163-165	Also ich bin da relativ skeptisch, ich find das E-mail toll zur Informationsübermittlung man muss komplett sachlich bleiben wenns beginntst ja, das ist alles du siehst den andern net des dauert viel zu lange bis a Antwort kommt	E-mail nur zur Informationsvermittlung, rein sachlich	E-mail nur zur rein sachliche Informationsvermittlung	
173-175	Ja, aber es ist natürlich immer die Geschichte ich seh zwar was er sagt aber überhaupt nicht wie ers sagt. ich seh nix, ja ich hörs nicht ja und ich seh auch nichts nichts, g'spür, spür ich kann das nicht spüren was er sagt und das ist aahh denk ich in einer Therapie schwierig,	Es fehlt das WIE? Sehen, hören, spüren fehlt Schwierig in der Therapie		K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung
176-179	es gibt auch Aussagen von tollen Therapeuten die sagen es geht überhaupt nur um die Beziehung vergiss alles andere vergiss jede Technik, is alles wuascht ja, wenn die Beziehung passt geht alles und wenn die Beziehung nicht passt geht nix, ja also jetzt amal ganz ganz kategorisch gesprochen ja.	Beziehung ist wichtiger als jede Technik	nonverbale Elemente fehlen; Beziehung ist wichtiger als jede Technik	
200-202	Jugendliche, die sowie den Weg in eine Praxis kaum finden außer sie haben eine totalen Klappzamm und sie landen auf der Psychiatrie wo man ihnen dann sagt also jetzt muss es einfach sein ja, denk ich mir wär gut, wär super jede Info und jeder Kontakt ist besser als keiner	Jugendliche, weil die Weg in Praxis kaum finden	Jugendliche	
206-210	da könnt ich mir vorstellen dass Männer das ganz gut nutzen würde, weil da bleiben sie im Anonymen da bleiben sie anonym ahm nämlich von ihrer Persönlichkeit und ihrer Erscheinung her, sie müssen sich nicht ganz so outen, es ist nicht Gefahr, dass sie mit den Therapeutenaugen durchlöchert werden sondern sie können das besser regeln	Männer, weil sie da anonym bleiben und besser regeln können was sie von sich Preis geben	Eher Männer, weil dann nicht Gefahr laufen von Therapeutenaugen durchlöchert zu werden; Frauen haben mehr	K: C Zielgruppe

<p>215-219</p> <p>246-247</p> <p>250-252</p> <p>254-256</p>	<p>was sie von sich Preis geben und was nicht</p> <p>Frauen sind viel therapieoffener auch veränderungs-eigentlich williger also veränderungswilliger mehr Veränderungsbereitschaft ja, bei Männern ist immer so dieses der Narzisst dahinter der da jappselt und sagt ich bin eigentlich eh so toll, ja was wollens jetzt eigentlich von mir ja, ja also wenn man so Kategorien machen kann, was man natürlich net hundertprozentig machen kann, aber ja schwieriger.</p> <p>onlinebasierte Verhaltenstherapie könnt ich mir schon vorstellen dass des gut angenommen wird, ja, von bestimmten Zielgruppen</p> <p>Weil natürlich auch die wie soll man sagen die Zugangsschwelle viel geringer ist nicht, weil wen anrufen und sagen es geht ma so schlecht dann über die Probleme so sprechen sich dann noch daher bequemen ppfff</p> <p>ich könnt mir vorstellen dass es einen ganz guten sagen wir ahm einen Teil von potentiellen Klienten nimmt, die aber den Weg in eine wirkliche Therapie nicht schaffen würde</p>	<p>Frauen sind veränderungsbereiter und therapieoffener</p> <p>Onlinebasierte Therapie für bestimmte Zielgruppen: Zugangsschwelle niedriger; Für Menschen die Weg in wirkliche Therapie nicht schaffen, weil Zugangsschwelle höher</p>	<p>Veränderungsbereitschaft</p> <p>Menschen die Weg in wirkliche Therapie nicht schaffen würden</p>	
<p>262-265</p>	<p>ich glaub nicht dass man eine Extra-Ausbildung braucht, ich könnte mir vorstellen dass ma eine Zusatzausbildung braucht, dass man sozusagen einfach um zu lernen oder sich irgendwo ein bissl darin zu schulen wie ich gewisse Therapieziele auch in dem Medium hm ja sozusagen Kommunikation ja zum Beispiel, wie kann ich einen Weg kommunizieren</p>	<p>Keine Extraausbildung, Zusatzausbildung um Kommunikation mit Medium zu schulen</p>	<p>Keine Extra-Ausbildung, aber Zusatzausbildung</p>	<p>K: D Zukunftsperspektiven</p>

Fall E „Der Therapeut“

Fall E Zeile	Primärtextstelle	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
16-19	ganz wesentlich auch an der Tagesordnung zu erfassen ob wenn die Person bereit ist sich in Psychotherapie zu begeben auch der Kontakt auf der zwischenmenschlichen Ebene passt, ja ist ganz wichtig, wissma ja von Grawe unabhängig von den Therapierichtungen , dass die Beziehung passen muss	Es ist wesentlich zu erfassen, ob Kontakt auf zwischenmenschlicher Ebene passt. Beziehung muss passen	Unabhängig von Therapierichtung muss zwischenmenschliche Ebene, Beziehung passen	K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung
83-89	Körpersprache ist sehr wichtig sehr wichtig, es gibt diese drei großen Ebenen die die Verhaltenstherapie ja letztendlich ausmachen, es gibt diese Ebene der Kognitionen es gibt die Ebene der Emotionen und es gibt die Ebene der vegetativen und letztendlich auch der körperlich sichtbaren Bereiche und da würd ich sagen spielt das einen ganz einen großen Schwerpunkt auch den wir auch aktiv einsetzen, zum Beispiel in der Entspannung die wir einsetzen wenn wir exponieren, ja wo einfach ganz wichtig ist auch auf diese Körpersignale einzugehen	Körpersprache sehr wichtig. Kognition, Emotionen und Vegetatives machen Verhaltenstherapie aus. Wichtig auf Körpersignale einzugehen	Körpersprache sehr wichtig, Schwerpunkt bei Entspannung auf Körpersignale	K: B2 Kommunikation und Symbolik
97-102	weil die die persönliche Beziehung so wahnsinnig wichtig ist und da fehlt ein Teil wenn das nur über Telefon oder Mail oder oder Chat oder was immer passiert und ich glaub dass es ganz wichtig ist, dass man das Gegenüber beobachten kann dass da einfach wesentliche Information übermittelt wird die nicht über Sprache vermittelt wird, ja, Emotion spielt eine große Rolle 90 Prozent aller unserer Entscheidungen passieren emotional und nicht rational und	Persönliche Beziehung ist wahnsinnig wichtig Über Medien geht etwas verloren, wesentliche	Persönliche Beziehung extrem wichtig	K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung

	das bekommt man nicht mit wenn man den Menschen nicht vor sich hat. Also da bin ich ganz ganz ganz skeptisch	Informationen werden nicht über Sprache vermittelt. Emotionen spielen große Rolle, man muss Menschen vor sich haben	Kommunikation über Medien unzureichend, wesentlich Informationen nonverbal vermittelt.	K: B2 Kommunikation und Symbolik
103-106	nur in Ausnahmefällen ist das sinnvoll, ja das ist sinnvoll wenn ein Mensch gehbehindert ist oder ganz stark eingeschränkt ist und weit weg lebt wo's keine Therapiemöglichkeiten gibt, da ist es meiner Meinung nach eine Option ja, aber auch nur letztlich ein Kompromiss ja, ich seh das nicht als eine vollwertige Therapie	Nur wenn Menschen stark eingeschränkt oder gehbehindert sind oder keine Therapiemöglichkeiten vorhanden sind, ist Onlinetherapie sinnvoll. Ist nur ein Kompromiss, keine vollwertige Therapie	Onlinetherapie nur in Ausnahmefällen sinnvoll; bei stark eingeschränkten Menschen oder wenn Infrastruktur nicht vorhanden ist	K: C Zielgruppe
124-128	ich glaub auch dass die kognitive Therapie an sich überbewertet ist, ja und daher ich glaub dass es viel wichtiger ist mit Gefühlen und Emotionen zu arbeiten als wie mit Kognition und das ist auch der Trend, das setzt sich ja auch durch, ja, in deutschen Kliniken Bad Windach oder so in diesen Spezialambulanzen in den verhaltenstherapeutischen wird ganz stark emotionsfokussiert gearbeitet, ja und das ist auch mein Ansatz	Kognitive Therapie überbewertet, viel wichtiger mit Emotionen zu arbeiten. Trend setzt sich durch.	Kognitive Therapie überbewertet; emotionsfokussiert zu arbeiten setzt sich durch	K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren
129-132	möglicherweise kann man das machen, ja also ich mach zum Beispiel was weiß ich den Langbogen	Kann man möglicherweise Langbogen Lazarus geht	Langbogen nach Lazarus funktioniert auch	

135-139	<p>Lebensgeschichte von Lazarus lass ich wenn Patienten gut kognitiv drauf sind und gute Verbalisationsfähigkeiten haben dann lass ich den auch ahm online ausfüllen, ja, aber einfach um mir Zeit zu ersparen mit dem Patienten in der Therapie, ja, aber das mach eben auch sehr abgestimmt und sehr individuell, ja. Wenn ich weiß das überfordert jemanden dann mach ichs natürlich direkt mit der Person.</p> <p>das auf jeden Fall ja also weil wir ja in der Verhaltenstherapie überhaupt sehr viel arbeiten mit halt auch mit Hausübungen ja, und wir geben halt auch viele Fragebögen mit, ja und Screeningmöglichkeiten gibts schon, die der Patient alleine machen kann auch auf jeden Fall die kann er zu Hause selbst machen, ja</p>	<p>wenn Patienten kognitiv gut drauf sind auch online, aber nur zur Zeitersparnis in Therapie</p> <p>In Verhaltenstherapie wird sehr viel mit Hausübungen und Fragebögen/Screenings gearbeitet.</p>	<p>online, wenn gewisse Fähigkeiten vorhanden sind</p> <p>Screeningmöglichkeiten, die Patient auch selbst zuhause machen kann</p>	
144-148	<p>es gibt möglicherweise Fragestellungen, die nicht krankheitswertig sind, ja, aber alles was krankheitswertig ist im Sinnen von klassifizierbarer Störung nach ICD10 eignet sich nicht für rein onlinebasierte Interventionen. Aber wenn das eine lebenstechnische Fragestellung ist im Sinne von einer Lebenskrise von einer vorübergehenden kann ich mir das vorstellen dass das wirksam ist, ja, dass das auch ausreichend ist, ja</p>	<p>Alles was krankheitswertig im Sinne von klassifizierbare Störungen sind, eignet sich nicht für onlinebasierter Intervention. Bei vorübergehende Lebenskrisen vorstellbar dass es wirksam und ausreichend ist</p>	<p>Klassifizierbare Störungen sind nicht geeignet für onlinebasierte Intervention</p>	<p>K: B4 Störungsbilder</p>
158-163	<p>nein also ich find einfach diese persönliche Beziehung so wa:hnsinnig wichtig ja und ich glaub dass die nicht ersetzbar ist, ich bin da ganz ganz ganz ganz skeptisch und</p>	<p>persönliche Beziehung ist wahnsinnig wichtig und nicht ersetzbar</p>		

	<p>ich weiß wie wichtig das Entscheidungskriterium ist für einen Patienten was Therapie betrifft und der geht nach Sympathie und nach Bauchgefühl und wie er sich in Gegenwart der Therapeutin oder des Therapeuten fühlt ja, und der geht überhaupt nicht nach fachlichen Kriterien, ja dem ist was für welche Therapierichtung, meistens was ist ja,</p>	<p>Beziehung ist für Patienten wichtiges Entscheidungskriterium für/gegen Therapie. Sympathie und Bauchgefühl in Gegenwart der Therapeutin sind ausschlaggebend</p>	<p>Beziehung ist wichtiges Entscheidungskriterium in Bezug auf Therapie</p>	<p>K: B1 Beziehungsherstellung und Beziehungsgestaltung</p>
184-186	<p>ich glaube Online-Angebote in Form von Information sind gut, ja das ist sinnvoll damit jemand überhaupt einen Zugang bekommt ja also alles was in Richtung Psychoedukation geht ist wichtig und ist sinnvoll</p>	<p>Online-Angebote in Form von Information sind gut. Alles was Psychoedukation betrifft ist wichtig und sinnvoll</p>	<p>Onlineangebote zu Psychoedukation wichtig und sinnvoll</p>	<p>K: B3 Anwendung von Methoden und Verfahren</p>

<p>187-194</p> <p>202-204</p>	<p>ahm das auch so aufgebaut dass das halt adäquat für die jeweilige Zielgruppe auch annehmbar ist, ja dass das halt auch einen Jugendlichen anspricht, dass das aber auch möglich ist Informationen zu bekommen a:hm für E::ltern, für ältere Menschen das find ich auch wichtig, und da glaub ich gibt schon einen großen Mangel weils einfach viel viel Verwirrung auch gibt wenn man in goolge einen Suchbegriff eingibt, ja und dann auch sehr schwer zu differenzieren ist ist das ein seriöses Angebot ist das keines, ja, ahm wie kommt man überhaupt zu einem professionellen Helfer der passt für einen, und da glaube ich da wär irgendwie da wären Standards gut</p> <p>konkrete, längere Interventionsmöglichkeiten das schließe ich aus, das glaub ich nicht ja, dass jemand sozusagen sagen würde okay ich mach jetzt Therapie über Internet, das kann ich mir nicht vorstellen , dass das jemand längerfristig macht.</p>	<p>Zielgruppenadäquat aufgebaut Information wäre wichtig</p> <p>Großer Mangel, weil viel Verwirrung bzgl. Angebote, schwer zu differenzieren was seriöses Angebot ist, Standards wären gut</p> <p>Glaubt nicht dass jemand längerfristig Therapie über Internet machen wird</p>	<p>Zielgruppenadäquate Informationsangebot wäre wichtig</p> <p>Mangel an Orientierungs- und Qualitätsrichtlinien, Standards gefordert</p> <p>Interesse an längerfristiger Intervention/Therapie über Internet wird ausgeschlossen</p>	<p>K: D Zukunftsperspektiven</p>
<p>219-222</p>	<p>also das mach ich schon auch die Erfahrung dass mich sehr viele Menschen anmailen, ja dass es leichter ist ein Mail zu schicken für viele als einen anzurufen, ja aber sie wollen dann mit einem reden und persönlich ja sie wollen dann kommen, sie wollen einen Termin haben ja sie möchten dann nicht fünfzehntausend Mails hin und her schicken.</p>	<p>Erfahrung, dass es leichter Mail zu schicken als anzurufen, aber dann wollen die Menschen einen persönlichen Termin</p>	<p>Kontaktaufnahme per E-Mail leichter als per Telefon, trotzdem bevorzugen Menschen persönlichen Termin statt E-Mail Kontakt</p>	<p>K: A Erfahrung mit computervermittelter Kommunikation</p>

261-263	wenn jemand onlinebasierte Therapie anbieten möchte dann soll er meiner Meinung nach damit schon irgendwie auch professionell ahm da ausgebildet werden ja, weil das sicher andere Anforderungen hat als eine Therapie in vivo	Wenn onlinebasierte Therapie angeboten werden soll, dann auch mit professioneller Ausbildung	Wenn onlinebasierte Therapie, dann mit adäquater Ausbildung	K: D Zukunftsperspektiven

3. Transkriptionsregeln

Verwendete Abkürzungen in der Transkription

Abkürzung	Bedeutung
B	Befragte Person
I	Interviewerin
(Pause)	Pause
@	Lachen
: (wei:l)	Dehnung, langgezogenes Wort;
:: (wei::l)	Doppelpunkt gibt Länge der Ausdehnung an
(..??)	Unverständliche Textstelle
sehr	besonders betontes Wort wird fett hervorgehoben

Tabelle 4: Abkürzungen Transkription

4. Interviewleitfaden

Hauptfragen des Leitfadens - gesamt

1. Demographische Daten

Wie lange arbeiten Sie schon im Bereich der Verhaltenstherapie?

Haben Sie Erfahrung mit onlinebasierter Therapie?

2. Erstkontakt

Beschreiben Sie bitte kurz den Ablauf eines Erstgespräches/Erstkontaktes mit einem Klienten.

3. Therapievereinbarung/Setting

Wie wird das Setting/Therapievereinbarung (wie oft/wieviele e-mails/wann/ etc.) festgelegt?

Wird die Dauer der Therapie im Vorhinein festgelegt? Wovon ist diese abhängig?

4. Ablauf einer Therapie

Was ist das Ziel/Absicht einer Verhaltenstherapie?

5. Kommunikation

Welche Bedeutung hat die Körpersprache (Mimik, Gestik) in der Verhaltenstherapie?

Welche Vor-/Nachteile bzw. Gefahren sehen Sie in der asynchronen Kommunikation?

Welche Auswirkung hat das Fehlen von Mimik und Gestik für die Therapie?

6. Konzepte in der Verhaltenstherapie

In der VT wird oft mit kognitiven Therapieverfahren gearbeitet. Sind diese ihrer Meinung nach in onlinebasierter Form möglich/anwendbar?

Für welche Störungsbilder kann eine Onlinebasierte Intervention eine adäquate Methode darstellen?

Wie machen Sie sich bestehende Konzepte der F2F Therapie für die Onlinetherapie nutzbar/anwendbar?

Welche Elemente der F2F Therapie eignen sich Ihrer Meinung nach für eine onlinebasierte Therapie?

7. Zielgruppe

Lassen sich Ihre Klienten einer bestimmten Zielgruppe zuordnen?

Welche Zielgruppe nutzt Ihrer Meinung nach das Angebot einer Online-Therapie? Bzw. lässt sich eine bestimmte Zielgruppe ausmachen? (Alter/Beruf/soziale Schicht/Geschlecht/Krankheitsbild)

8. Ausbildung und "gesellschaftl. Akzeptanz"

(Wie) Sollte die Ausbildung für Online-Therapie verbessert werden?

Besteht Ihrer Meinung nach Interesse an Online-Therapie? Gibt es Nachfrage? Warum glauben Sie ist das so?

5. Transkribierte Interviews

Kurzfragebogen zur Erfassung der Sozialdaten
ausgefüllt am: 20.10.2011

Name (anonymisiert)	Checkerin
Geschlecht	w
Alter	35
Wohnort (Bundesland)	Wien
Fachrichtung/Methode	Verhaltenstherapie, klinische Psychologin
Tätig seit	10 Jahren
Setting	Einzeltherapie, Gruppentherapie
Erfahrung mit onlinebasierter Therapie/Beratung	ja

1 I: Wielange arbeiten Sie denn schon im Bereich der Verhaltenstherapie?
2 B: Hm, im Bereich der Verhaltenstherapie würd ich sagen schon zehn Jahre, definitiv so
3 die letzten fünf Jahre so ungefähr
4 I: okay B: ja
5 I: ähm Haben Sie Erfahrung mit onlinebasierter Therapie?
6 B: mhm, ja, ich hab Erfahrung mit onlinebasierter Therapie.
7 I: Können Sie kurz den Ablauf eines Erstkontaktes und Erstgesprächs beschreiben, wenn
8 Klienten zu Ihnen kommen
9 B: offline?
10 I: ja, offline jetzt mal
11 B: den Ablauf eines Erstkontaktes ehm je nach Leidensdruck ahm durchaus auch eine
12 vorgezogene Problemdarstellung durch den Patienten nach einer prinzipiellen Vorstellung
13 meiner Person, ehm meiner Tätigkeitsbereiche und Spezialgebiete, also dann durchaus
14 auch eine vorgelagerte Problemdarstellung schon sehr bald ahm gemeinsame
15 Überlegungen in welche Richtung die Verhaltenstherapie da helfen könnte, was da
16 theoretische Ansätze dazu wären, ein bissl Anamnese natürlich Problemexploration,
17 Rahmenbedingungen, gesetzliche Grundlagen also alles in Bezug auf Schweigepflicht,
18 Dinge wie ehm der Behandlungsvertrag, also der Therapievertrag, Vereinbarung über die
19 Frequenz der Einheiten ahm Information über den Ablauf einer Therapie in Bezug auf was
20 ist mein Anteil, was muss ich alles tun ahm es reicht nicht, dass ich wöchentlich her
21 komm, sondern es gibt zuhause auch noch ganz viel was ich tun muss. Erläuterung des so
22 genannten Werkstattprinzips, es funktioniert nicht, ich komm her es wird an ein paar
23 Schrauben gedreht ich komm nach Hause und alles ist wieder gut. Ahm Therapieablauf
24 also eben das gehört da dazu, gemeinsame Überlegungen zum Thema wie wollen wir
25 Erfolg definieren und dann auch messen. Ich tu das prinzipiell auch mit Fragebögen und
26 Testverfahren immer wieder zwischendurch, also Prozessevaluation ehm Erläuterungen
27 wie die nächsten Einheiten ausschauen würden, also eine ausführliche Differentialdiagnostik,
28 wie die ausschauen würde mit strukturiertem Interview und so weiter ahm wie das
29 verhaltenstheoretische modell ausschaut, dass wir gemeinsam erarbeiten würden ahm an
30 Rahmenbedingungen ja dann noch Vereinbarungen über die Zahlungen was es für
31 Modalitäten gibt ahm und dann schick ich den Patienten nach Hause o:hne Entscheidung,
32 das heißt ich möcht nicht, dass die Entscheidung schon hier getroffen wird in dem Sinn
33 von wir arbeiten jetzt miteinander oder nicht, sondern ich schick den Patienten nach Hause
34 und der soll sich zu Hause in Ruhe überlegen ob er nochmal kommen möchte oder nicht,
35 das heißt es wird kein Termin ausgemacht, sondern die Person meldet sich dann und dann
36 vereinbaren wir einen Termin
37
38 Mhm, und der Erstkontakt findet per Telefon oder per E-mail statt?
39 B: ah das wollten Sie in Wirklichkeit nur wissen
40 I: nein, nein, schon beides B: unterschiedlich, unterschiedlich.
41
42 I: Mhm, okay das Setting wird dann also festgelegt im Rahmen des Erstgesprächs?
43 B: Das Setting wird auf der einen festgelegt im Rahmen des Erstgesprächs, wird aber auch
44 festgelegt je nachdem wo ich mich befinde. Das heißt wenn jemand von sich aus eine
45 Behandlung oder Therapie möchte dann ist es was anderes dann hab ich viele
46 Möglichkeiten, wenn ich mich stationär ahm wo befinde, ist es natürlich eine andere
47 Situation und dann hab ich auch andere Rahmenbedingungen.
48 I: mhm.

49 B: aber wenn ich mich jetzt sozusagen in freier Praxis befinde, dann wird das im Rahmen
50 des Erstgesprächs überlegt, was gibts für Möglichkeiten was ist passend.
51 I: Wird die Dauer der Therapie dann im Vorhinein festgelegt?
52 B: Hm. ehm festgelegt nein, auf keinen Fall, a:ber es werden also das was ich schon tue ist,
53 berichten was welcher Zeitraum üblicherweise notwendig ist, um eine Veränderung zu
54 bemerken, es kommt auch ganz drauf an was ich mach. Also wenn ich beispielsweise eine
55 Biofeedback-Behandlung mach, sag ich und üblicherweise ist es so, dass zwischen acht
56 und zwölf Einheiten, Sie eine Veränderung bemerken werden.
57 I: okay
58 B: das ist aber keine hundertprozentige Garantie, sondern dass ist immer was für manche
59 Menschen funktioniert, in dem Fall sogar für sehr viele Menschen, aber es gibt trotzdem
60 welche für die es nicht funktioniert, ja, das weißt man dann aber erst nach diesen acht bis
61 zwölf Mal. Also da geb ich einen genauen eine genaue Auskunft, allerdings ist das
62 meistens nur ein Element der Behandlung, das heißt damit ist die Behandlung nicht
63 abgeschlossen, sondern ist eben nur ein Element, das heißt ich geb immer nur Auskunft
64 über Teilbereiche und wenn die Person sagt, na eigentlich will ich eh nur das, dann ist es
65 perfekt und wenn die Person aber sagt, sie möchte was längeres, dann ist es nicht so
66 perfekt.
67
68 (Unterbrechung durch dritte Person)
69 B: Wo waren wir grade, hab ich die Frage schon fertig beantwortet?
70 I: Ja, bei der Dauer der Therapie, also obs im Vorhinein festgelegt wird oder nicht
71 B: okay, ja genau, also Elemente ja. I: okay, ist das dann abhängig von ?
72 B: ja, das ist davon abhängig, ob das eine Person ist, ahm der ich Medikamente empfehlen
73 würde, wo ich dann in Kooperation einfach mit Fachkollegen aus der Neurologie und
74 Psychiatrie zusammenarbeite und dann einfach weiß, wenn das ein ganz schwer
75 depressiver Patient ist, wo ich weiß ich könnt ohne Medikamente nicht arbeiten da würd
76 ich dann einen Medikation empfehlen und da sag ich dann, sie werden sehen, in sechs
77 Wochen werden Sie eine Veränderung bemerken, das wird keine Veränderung sein, dass
78 sei dann glücklich sind oder so, aber es wird eine Veränderung geben, das hat allerdings
79 dann nix mit mir zu tun, sondern mit den Medikamenten und das wird natürlich transparent
80 dargestellt ahm, sowas mit da werden Sie (pause) das ist schwierig, aber es ist abhängig
81 vom Störungsbild, also ich hatte ein einziges Mal eine Patientin mit einer reinen
82 Panikstörung sonst nichts und das ist was was tatsächlich grad verhaltensorientiert
83 behandelt einfach einem bestimmten Schema folgt und da können wir gut vorher sagen,
84 wie lang das dauert. Da weiß ich einfach wenn jemand vier fünf Monate zu mir kommt,
85 dann ist das weg nachher, ja, insofern ist das kein Thema.
86
87 (Unterbrechung durch dritte Person) Interview wird unterbrochen durch Raumwechsel
88
89 I: So das sind wir wieder B: Ich weiß jetzt nicht mehr wo wir waren, ge
90 I: Ja, kein Problem ehm, Dauer der Therapie abhängig vom Störungsbild da waren wir
91 B: Genau, hab ich das schon gesagt eigentlich, I: Ja, B: ah sehr gut.
92 I: Wie läuft denn dann so ein Erstkontakt also wir hatten vorher offline, wie läuft dann so
93 ein Erstgespräch online ab?
94 B: Ahm, das ist insofern schwierig, weil das meistens Leute sind, die sich das Medium ja
95 aussuchen, das heißt das klassische Erstgespräch kann ich so nicht machen. Ahm was ich
96 trotzdem versuch zu erreichen ist, dass die Personen ein paar Fragebögen ausfüllen

97 I: mhm B: das ich zumindest so ein bisschen zu einer Differentialdiagnostik komm, wenns
98 tatsächlich jemand ist, der mich online kontaktiert ahm um jetzt Einzeltherapie zu
99 bekommen, dann ist das ein Weg den ich prinzipiell mal so akzeptiere, aber wo ich gern
100 versuch das in eine Richtung zu lenken, dass ich die Person zumindest ein Mal auch reell
101 sehe, wo ich einen face-to-face Kontakt hab, ja.
102 I: okay, mhm
103 B: wenn das was ist, wie beispielsweise ahm ein Onlinetraining wo es um Selbstkonzept
104 geht und eine Person sagt, genau dafür interessiere ich mich und das möchte ich machen,
105 dann ist das ganz was anderes, ja weil da sozusagen, da ist dann sowohl die Diagnostik als
106 auch sämtliche Dinge **in** dem Programm schon enthalten und die Person interessiert sich
107 konkret dafür. Wenn jetzt jemand mit einem beliebigen Problem kommt wo einfach auch
108 keine entwickelten Konzepte dazu da sind, die jetzt die die Onlinetherapie betreffen und es
109 mehr so ein wischi-waschi Vorgehen wäre, ist es so, dass ich es eigentlich mehr zur
110 Anbahnung verwende und dann versuch die Leute doch mal zu sehen und dann einfach
111 quasi die normale face-to-face Behandlung auf online umzulegen.
112 I: okay. mhm. wir kommen da nochmal drauf zurück. Ahm ganz allgemein, wie würden
113 Sie denn das Ziel oder die Absicht einer Verhaltenstherapie formulieren?
114 B: Mmhh also das ist insofern schwierig zu sagen, weil Verhaltenstherapie ja der
115 Sammelbegriff für eine Reihe von verschiedensten Methoden ist und damit abhängig ist
116 nicht nur damit, sondern insgesamt abhängig ist davon was die Personen wollen, das heißt
117 die Zielsetzungen können ganz unterschiedlich sein und durch die Neuorientierung der
118 Verhaltenstherapie durch diese neuerliche Welle dies da gab, mit Schematherapie und
119 Ähnlichem, ist es auch tatsächlich möglich, dass Dinge wie Aufarbeitung der
120 Vergangenheit auch schon gangbare Ziele der Verhaltenstherapie sind. Im Prinzip durch
121 Konzepte die Arbeit mit schizophrenen Patienten rein verhaltenstherapeutisch auch
122 miteinbeziehen seh ich heutzutage eigentlich keine Grenzen in den möglichen
123 Zielsetzungen die die Verhaltenstherapie derzeit hat.
124
125 I: mhm, okay, das ist also auch sehr abhängig davon was der Patient sich sozusagen B:
126 sehr, genau und ich wüsste derzeit nichts wo ich sagen würde ahm da hat die
127 Verhaltenstherapie keine Konzepte dazu, ja es gibt immer Dinge die man da umlegen kann
128 und es gibt wahnsinnig viele Studien und neue Ideen und irrsinnig viele neue Methoden
129 die da integriert wurden insofern ist das sehr sehr vielfältig.
130 I: Mhm, okay, zur Kommunikation, welche Bedeutung hat denn, neben der gesprochen
131 Sprache, die Körpersprach, also Mimik und Gestik in der Verhaltenstherapie?
132 B: Also schwierig ist, diese Fragen zu beantworten und mich da raus zu nehmen, das heißt
133 das was ich Ihnen sage kann, ist nicht wie es in der Verhaltenstherapie ist, ich kanns sagen
134 wies für mich ist und ich mach halt zufälligerweise Verhaltenstherapie, das kann ich sagen
135 I: Mhm,
136 B: ahm einen sehr hohen Stellenwert, ich würde sagen wenn die gesprochene Sprache etwa
137 ein Drittel ausmacht, würd ich sagen zwei Drittel macht für mich die nonverbale
138 Kommunikation aus
139
140 I: Mhm, mhm. okay welche Vor- und Nachteile würden Sie jetzt in einer asynchronen
141 Kommunikation sehen, also wenns jetzt beispielsweise per E-mail abläuft?
142 B: Nachteile?
143 I: Vor- und Nachteile

144 B: Vorteile, hm Vorteile seh ich einige. Diese klassische zone for reflection die ich hab
145 wenn ich ein E-mail bekomm, drüber nachdenken kann was ich schreib ahm sowohl ich als
146 auch der Patient, kurz drüber nachdenken kann wie ist das gemeint, ahm Dinge
147 vorformulieren kann, sehr gut aufheben kann, besser noch als ich irgendwelche Chats oder
148 andere Dinge aufheben kann, ahm eine etwaige Situation auch abkühlen lassen kann, eben
149 dadurch dass es asynchron stattfindet.

150 I: Mhm B: Ahm, das sind für mich große Vorteile, ein Nachteile kann klar die
151 Zeitverzögerung auch sein, aber ich bin an sich jemand der eher sagt, ahm dass die
152 derzeitige gesetzliche Grundlage von wegen, dass es nur dann erlaubt ist, wenns eine
153 synchrone Kommunikation ist, eher ungünstig ist, weil eben es bestimmte Personen gibt,
154 die dann wohl via E-mail Kontakt aufnehmen und meines Erachtens nach der Patient den
155 Kommunikationsweg wählt und der sollte respektiert werden und wenn das über E-mail
156 ist, dann kann das auch über E-mail stattfinden, man muss einfach gewisse Alternativpläne
157 überlegen, was ist wenn es zu einer tatsächlichen Krise kommt, wie ist dann die
158 Vorgehensweise, wie ist das Verhalten im Fall einer suizidalen Krise oder ähnliches und
159 das muss dann recht rasch geklärt werden, sonst seh ich da an sich kein Problem drin. Die
160 andren Dinge betreffen alle die synchrone Kommunikation ganz genauso weil sämtliche
161 technische Probleme die es geben kann, Verschlüsselungen und so weiter, was immer
162 wieder genannt wird, betrifft jegliche Art der computergestützten Kommunikation,
163 insofern ist das hinfällig

164 I: Mhm, mhm ja, ahm ich komm zurück zu den Konzept, die wir vorher kurz hatten. In der
165 Verhaltenstherapie wird ja viel mit kognitiven Verfahren gearbeitet, sind diese Ihrer
166 Meinung nach auch in einer onlinebasierten Form möglich?
167

168 B: Ja, sehr gut sogar, ja sehr gut. ahm soll ich sagen wie?
169 I: gerne, ja

170 B: Also sind vor allem d:ann sehr gut machbar, wenns ahm für einen bestimmten
171 Störungsbereich oder für eine bestimmte Kompetenz eine sehr gut überlegte
172 Vorgehensweise gibt, ahm kognitive Umstrukturierung beispielsweise hat sehr viel auch
173 mit Information zu tun, die der Patient bekommt und die Erfahrung die ich gemacht hab,
174 ist dass es nicht nur sehr gut online möglich ist, es ist sogar möglich, wenn es
175 beispielsweise ein System ist, das sehr gut von einem Psychologen programmiert ist, dann
176 ist es sogar möglich o:hne dass der Psychologie bis zu einem gewissen Punkt da sich
177 miteinbezieht, das heißt dieser Aspekt den wir sonst im Sokratischen Dialog abhandeln
178 oder bestimmte Aufgaben die der Patient da zu erledigen hat, sind auf computergestütztem
179 elektronischem Weg genau:so gut wenn nicht teilweise sogar besser möglich, als es offline
180 möglich ist, ja. Immer wieder Hausaufgaben einzutragen, Gedanken einzutragen andere
181 Dinge zu tun ist sehr gut möglich, wichtig dabei ist natürlich dass das System auf
182 bestimmte ahm Schlüsselbereiche, Informationen wo es sozusagen gefährlich wird in
183 Richtung Selbst- oder Fremdgefährdung gut reagiert, aber ansonsten ist da der Vorteil dass
184 wenn ich ein sehr gutes Konzept dahinter hab mit einer Überlegung in welcher Richtung
185 kann das oder das weiter gehen, ich sehr sehr gut online auch kognitiv arbeiten kann,
186 teilweise sogar ohne Zutun eines Professionisten, wenn der davo::r die Arbeit dafür gut
187 gemacht hat.
188

189 I: Mhm, ja versteh, ahm gibts bestimmte Störungsbilder für die sich so eine onlinebasierte
190 Intervention besonders gut eignet?
191

192 B: Also ich denke sehr sehr gut, es kommt natürlich auf den Bereich an, spezifische
193 Phobien, denke ich ist es sehr gut geeignet, ahm was wir in den Studien gesehen haben, ist
194 es für Sozialphobie sehr gut geeignet, es ist ahm vor allem was den Präventionsbereich
195 betrifft für Depression sehr gut geeignet ahm ja wenn ich jetzt so kognitiv behaviorale ahm
196 Onlinetherapie nehme, gehts um Ängst, gehts um Depression, computergestützt ohne
197 online gibts was für Zwänge, was sehr gut wirken kann, könnt ich mir online auch gut
198 vorstellen. ja
199
200 I: Mhm, welche Elemente aus einer Face-to-Face Therapie, also jetzt abgesehen von den
201 kognitiven Teilen, sind denn noch gut anwendbar in einer onlinebasierten Form möglich
202 oder gut anwendbar?
203
204 B: Ja, ich denke es ist alles und das ist jetzt quer durch sozusagen alle Methoden alles was
205 mit Hausübungen zu tun hat geht perfekt, also das Element Hausübungen ist ein wichtiges
206 und das geht sehr gut. Alles was mit dem Thema Entspannung zu tun hat geht sehr gut,
207 weil ob ich einem Patienten das vorsage oder ob ich ein mp3 online stell, wo ers halt
208 vorgesagt bekommt von mir, weil ichs aufgenommen hab, ist eigentlich egal, ob ich der
209 Person irgendein Blatt wo irgendwas aufgeschrieben werden muss in die Hand drück oder
210 das online zur Verfügung stell ist auch ebenfalls das gleiche. Also Entspannung,
211 Entspannungsanleitungen, Entspannungsmusik alles was in die Richtung geht ahm
212 durchaus auch Anleitung zur Verhaltensexperimenten also grad so was eben in der
213 Verhaltenstherapie dass man sagt, na dann probieren Sie mal dieses oder jenes
214 Verhaltensexperiment aus, kann ich mir auch sehr gut vorstellen, ahm sämtliche Form der
215 Tagebücher, die gemacht werden müssen sind sehr gut, alles was mit
216 Stimmungsdokumentation zusammenhängt funktioniert sehr gut, Selbstmanagement
217 funktioniert sehr gut online, ahm ja.
218
219 I: Zu den Zielgruppen, lassen sich Ihrer Klienten einer bestimmten Zielgruppe zuordnen?
220 Also Alter, Geschlecht?
221 B: Nein
222 I: gar nicht, also bunt gemischt?
223 B: ja @
224 I: mhm, okay
225 I: Welche Zielgruppe nutzt Ihrer Meinung diese Onlineangebote am meisten?
226 B: Da gibts verschiedene Ideen dazu, die auch selber hab, die aber natürlich auch auf
227 Forschungen basiert, das sind zum einen, die einfach das Medium wählen aus
228 unterschiedlichsten Gründen, das kann auch einfach sein, weil sie gerne möchten, ahm das
229 sind zum anderen die, die sehr schwer beeinträchtigt sind und damit teilweise schon sehr
230 sehr lange mit verschiedensten Problemen zu tun haben und einfach eine herkömmliche
231 Variante nicht gern wollen. Ahm ich hätte früher gedacht es sind mehr subklinische Fälle,
232 das glaub ich ist ein Irrtum, ich glaub es ist im Gegenteil, es sind eher schwerere Fälle, also
233 wenn ich mir die Diagnostik so anschau ahm die ich bisher von von Online-Interventionen
234 hab würd ich eher sagen es sind fast schwerere Fälle teilweise, Leute die sich schon länger
235 damit herum schlagen ahm ja
236 I: altersmäßig gibts da
237 B: Altersmäßig hm also nach dem ich jetzt nicht explizit zum Thema Demenz oder
238 ähnlichen Dingen arbeite, hab ich weniger richtig alte Patienten ahm die hab ich weder
239 online noch offline, also ich hatte ab und zu schon ältere Personen, aber die haben dann

240 halt auch Depression oder was auch immer gehabt ahm und das sind eigentlich immer
241 Personen gewesen, die die Technologien genauso genutzt haben, also ich könnt jetzt nicht
242 sagen, dass irgendein Alter das besonders macht und ein anderes weniger. Die Idee finden
243 natürlich jüngere Leute eher bestechend als ältere, ahm und wahrscheinlich diejenigen die
244 von sich aus mich auf die Art kontaktieren sind auch eher jünger, aber insgesamt vom
245 Anwendungsbereich her würd ich nicht sagen, dass ein Altersunterschied besteht.
246 I: okay, mhm gut. Ahm das heißt ahm es besteht eine Nachfrage oder Interesse an Online
247 Intervention oder an onlinebasierten Angeboten Ihrer Meinung nach?
248 B: Ja, absolut
249 I: Wie ist denn das mit der Ausbildung in Österreich, gibts irgendeine Ausbildung oder
250 eine Zusatzausbildung in dem Bereich für Onlinebasierte Intervention?
251 B: Es gibt Institutionen die Ausbildungen anbieten, ja
252 I: mhm.
253 B: @@@
254 I: @ okay, ja ähm ist das eine Zusatzausbildung oder ist es eine eigene Ausbildung?
255 B: ahm ich glaub es gibt sowohl als auch, ich glaub es gibt sogar eine Ausbildung wo man
256 Online-Berater oder sowas wird und man muss vorher gar nix sein
257 I: mhm, mhm, sollte diese Ausbildung Ihrer Meinung nach verbessert werden?
258 B: Ja @
259 I: das heißt es ist hier auch eine Nachfrage da, auch auf Therapeuten-Seite?
260 B: Absolut absolut und es wär auch wirklich sehr hilfreich wenns da eine gute Fortbildung
261 gäbe, also jeder der das macht sagt immer wieder es wäre doch toll wenn man wirklich auf
262 einem hohen Level da Dinge anbieten könnte, ahm das was es gibt, lässt einfach sehr zu
263 wünschen übrig also mehr als da normale Hausverstand den man auch so in der
264 Ausbildung mitkriegt ist da oft meines Erachtens nach nicht enthalten.
265 I: So nach dem Motto, man macht nach bestem Wissen und Gewissen, so wie mans auch
266 aus der Face-to-Face Therapie kennt, versucht man umzumünzen
267 B: Genau genau, es ist zu wenig konzeptuell zu wenig evidence based was da gelehrt wird,
268 international gibts glaub ich ein Masterstudium wo es vorkommt zumindest, wo auch
269 Therapie jedenfalls vorkommt, aber es ist international auch noch relativ wenig, es macht
270 wirklich jeder was er gern möchte ahm aber es gibt also es schon manche Länder wo es
271 Richtlinien zumindest gibt und ahm aber ich glaub so für eine gscheite Ausbildung das
272 wird noch etwas länger dauern.
273 I: Mhm, gut fein, das wars von meiner Seite so also ich bin durch.
274 B: okay, gut, sehr fein,
275 I: Ich sag vielen Dank B: gerne.

Kurzfragebogen zur Erfassung der Sozialdaten

ausgefüllt am: 24.09.2011

Name (anonymisiert)	Dr. Dr. Telefon
Geschlecht	w
Alter	42
Wohnort (Bundesland)	Niederösterreich
Fachrichtung/Methode	Verhaltenstherapie
Tätig seit	7 Jahren
Setting	Einzeltherapie
Erfahrung mit onlinebasierter Therapie/Beratung	nein

1 I: Guten Tag, Fr. Dr. H.
2 B: Grüß Sie
3
4 I: Haben Sie Erfahrung mit onlinebasierter Therapie?
5 B: Mmn, nein, hab ich gar nicht. Also ich hab natürlich mit Borderlinern immer wieder
6 intervenierenden e-mail Kontakt, aber das ist eigentlich ähm eine Zusatzintervention zur
7 Therapie
8 I: Okay, verstehe
9
10 I:Wielange arbeiten Sie denn schon im Bereich der Verhaltenstherapie?
11 B: Aahhm, Moment eehhm sieben Jahre.
12 I: sieben Jahre, okay. Vielleicht können Sie mir ganz kurz eine Erstkontakt beschreiben.
13 Wie das abläuft wenn Patienten zu Ihnen kommen.
14 B: Ja, und zwar, die meisten nehmen per e-mail oder übers Telefon mit mir Kontakt auf
15 dann ehm führ ich ein Erstgespräch ein kostenpflichtiges, ist eine Einheit dauert 45
16 Minuten und hier wird ehm das Setting dann auch geklärt, das vorläufige Therapieziel und
17 auch eine vorläufige Diagnose.
18
19 I: Okay, das passiert alles schon im Erstgespräch dann sozusagen?
20 B: also es ist ein Teil davon, beim Erstgespräch ist schon auch Teil des der Abklärung
21 dabei, ja.
22 I: Mhm, okay. Ehm, da sind wir auch schon beim nächsten Punkt. Therapievereinbarung,
23 wie wird denn die Therapievereinbarung festgelegt, wie oft man sich sieht, wann? Legen
24 Sie das fest nach einer Diagnose, nach einer vorläufigen oder wird das in Absprache mit
25 dem Patienten gemacht?
26 B: Sie meinen, wenn es dann tatsächlich zu einer Therapie ehm zu einem Vertrag jetzt
27 kommt?
28 I: Genau. Wenn es zu einem Vertrag kommt, wie wird das festgelegt wann, wie oft man sich
29 sieht?
30 B: Ja, also der Therapievertrag wird mündlich vereinbart zwischen der ersten und der
31 vierten Therapiestunde ehm und ja das beinhaltet die Dauer, die ungefähre Dauer, die
32 Kosten natürlich, Absageregulungen und ja das ist es eigentlich ja und ja also ich weise
33 darauf hin, dass ich Schweigepflicht natürlich hab und und ja all diese
34 I: Mhm, ist klar. ja, Sie haben da jetzt schon was vorweggenommen. Die Dauer der
35 Therapie wird also dann im Vorhinein festgelegt? Kann man das so sagen?
36
37 B: Ja, es wird schon die ungefähre Dauer wird festgelegt.
38 I: Mhm, und wovon ist die abhängig?
39 B: Von der Störung, von den Ressourcen, den Rahmenbedingungen, auch den finanziellen
40 Rahmenbedingungen.
41
42 I: Mhm, okay. Zur Therapie selbst, was ist denn das Ziel oder die Absicht einer
43 Verhaltenstherapie?
44 B:Ehm, mehr Autonomie, Lebensqualität, Verbesserung ehm Heilung einer Störung, ehm
45 Symptomreduktion, mmhh ja das wärs eigentlich im Großen und Ganzen.
46

47 I: Ehm, der nächste Punkt wäre die Kommunikation. Also neben der gesprochenen
48 Sprache, was hat denn die Körpersprache, also die Mimik und die Gestik für eine
49 Bedeutung in der Verhaltenstherapie?
50 B: Eine große, würd ich sagen. Also Körperhaltung, der körperliche Ausdruck und Mimik
51 und Gestik kann schon sehr viel nonverbale Botschaften einfach, viele Informationen auch
52 an die Patienten weitergeben und in manchen Situationen mehr als das gesprochen Wort,
53 vor allem wenns um starke Leidenszustände geht, um das Aushalten von Gefühlen und das
54 Unterstützen in Krisen.
55
56 I: Mhm, okay. eehm. Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie in einer asynchronen
57 Kommunikation, also Sie haben ja vorhin gesagt, dass e-mail Kontakt haben mit
58 Borderlinern zum Beispiel? Ehm. welche Vor- und Nachteile können Sie da ausmachen
59 durch die Kommunikation über e-mail?
60 B: Ehm können Sie die Fra::ge genauer oder anders formulieren, ich
61 I: also in Bezug auf Kommunikation, ist es manchmal vielleicht sogar gut, dem Patienten
62 nicht direkt gegenüber zu sitzen? Wo sehen Sie Vor- und Nachteile in einer asynchronen
63 Kommunikation?
64 B: Nein, nein, also das geht gar nicht. Also ich bin der Ansicht übers E-mail kann Therapie
65 nicht stattfinden. Beratung, Ratschläge das geht, aber über E-mail selbst (pause) ja:
66 I: wei:l (pause) da mh wesentliche Elemente fehlen (pause) oder?
67 B: Weil der Dialog, der Dialog eh fehlt, weil eh die die die ehm der Ton der Musik, also
68 der Wortklang ehm ja also das ist aber allgemein meine Überzeugung, dass per E-mail
69 keine Konversation ersetzen kann
70 I: Mhm, ja, auch weil weil das eben asynchron stattfindet? Ist das ein Problem?
71 B: Ja:: das ist ein, das ist sicher ein Thema, auch wenn es per Chat geht ist es dennoch
72 asynchron, ja dass Dynamik fehlt, ehm, ja der Klang u:nd auch auch wenn man's über
73 Video macht ist es dennoch die Ausstra:hlung, es geht sehr viel verloren.
74
75 I: Mhm, okay, haben Sie da schon Erfahrung irgendwie, weil Sie sagen über Video oder
76 Videotelefonie?
77 B: Ehm, also im privaten Bereich ja:, also Videokonferenzen oder ehm Videomeditationen,
78 aber nicht nicht im also das mach ich nur im Freundeskreis mit Freunden, aber nicht nicht
79 im beruflichen Bereich. Also auch im beruflichen Bereich, wenn es um Sitzungen geht,
80 aber nicht um ehm Sitzungen mit Klienten, sondern wenns um Organisatorisches geht.
81 I: also mit Kollegen sozusagen B: genau.
82 I: Mhm, verstehe. Mh, ehm zu den Konzepten. In der Verhaltenstherapie wird ja oft mit
83 kognitiven Therapieverfahren gearbeitet. Sind diese Ihre Meinung nach in onlinebasierten
84 Form möglich oder anwendbar?
85 B: Hm, möglicherweise mit begrenzter Intensität
86
87 I: Mhm, können Sie irgendwie Störbilder festmachen die irgendwie, also wo es möglich
88 wäre
89 B: Ja, möglicherweise, wo es um Fe::hlannahmen geht, bei Depressionen, bei
90 Essstörungen, da könnte man natürlich über E-mail übers Internet oder online ehm
91 Aufgaben geben, erarbeiten, man bekommt die wieder zurück, man arbeitet wieder damit
92 e::hm, den kognitiven Teil könnt ich mir noch am ehesten vorstellen. Hhmm, aber ich
93 würd keinen Mehrwert daraus ziehen.

94 I: Okay, das heißt so von den Elementen, die Elemente, die Sie aus einer traditionellen aus
 95 einer F2F Verhaltenstherapie ziehen könnten wäre der kognitive Teil der sich auch eignen
 96 würde für eine onlinebasierte Art. Welche würden sich denn da noch eignen?
 97 B: Ehm, ja, wenns um Verhaltensanalysen geht, könnte man noch machen sowohl die
 98 vertikale als auch die horizontale eh::m. ja oder wenns bei ?echociler manie? zum Beispiel
 99 ehm um um ehm um singuläre störende Verhaltensweisen ehh aber hier auch nur um die
 100 Beobachtung um die Analyse, aber nicht um die eigentliche Therapie, das geht meines
 101 Erachtens ist es nicht möglich auch bei Bulimie zum Beispiel oder Essattacken.
 102
 103 I: Mhmm. B: Man kann natürlich das man kann natürlich das machen ja auch die Patienten
 104 zu Hause in in ehm da sitzen ja auch am Computer und füllen diese Formulare aus und
 105 ehm diese Tabellen aber besprochen wirds dann eigentlich face to face.
 106
 107 I: Mhm, okay. Zu den Zielgruppen, lassen sich Ihre Klienten einer bestimmten Zielgruppe
 108 zuordnen, also Alter, Geschlecht, ehm sozial Schicht, Krankheitsbilder?
 109 B: Mm, also ich würd sagen, obere Mittelschicht ist bei mir, also hauptsächlich
 110 Akademiker
 111 I: Mhm, welche Zielgruppe nutzt oder würde denn das Angebot einer Online-Therapie
 112 nutzen? Haben Sie eine Vorstellung für wen das ansprechend ist?
 113 B: die online, hmm:: ja: ich glau:be hm:: dass 14-18jährige kann ich mir gut vorstellen,
 114 wei:l sich hier auch ehm möglicherweise die Hemmschwelle ist, e::hm größer ist selbst
 115 einen Therapeuten aufzusuchen. Also ich habe konkret bei den 14-jährigen Mädchen, dass
 116 sie auch Freundinnen haben, die Psychotherapie bräu:chten und die aber sagen ja das geht
 117 ja nicht weil sie können nicht, weils familiär bedingt einfach nicht möglich ist wei:l die
 118 Eltern zum Beispiel das nicht einsehen oder die Eltern streiten und deshalb gar keine ja
 119 hier auch Einsicht haben, dass das Kind einfach da leidet und viele Jugendliche auch in
 120 einer verzweifelten Position sind und hier online das sicher nutzen könnten hier um
 121 professionellen Rat zu bekommen.
 122 I: Mhm B: Also vielen machen das ja mit den Chats ohnehin, dass sie Gleichgesinnte
 123 suchen, die sie, von denen sie Unterstützung bekommen können, aber das sind natürlich
 124 dann eher in Form von Selbsthilfe, aber weniger professionell. Und das könnt ich mir gut
 125 vorstellen, dass hier die Schwelle weil chatten oder e-mailen oder Internet das darf
 126 heutzutage schon jeder und
 127 B: (..??) von den Kindern auch Ruhe zu haben? und da könnt ich mir gut vorstellen, dass
 128 hier das gut möglich wäre, die Frage ist halt wieder nur wie ist das mit der Bezahlung, mit
 129 der Abrechnung weil der Preis ja auch nicht nur der Zugang schwierig sondern auch das
 130 finanzielle:: ehm ehm ja das finanzielle ????
 131 I: Mhm. ja klar. B: Aber wenns jetzt rein um die Methode geht ja, könnt ich mir schon
 132 vorstellen das hier Bedarf besteht.
 133 I: Mhm, mhm, schwierig von Bezahlung usw weil weil weil diese Kindern selber quasi
 134 noch minderjähriger sind oder nicht voll mündig oder auch weils vom gesetzlichen her da
 135 keine konkreten Vorgaben gibt?
 136 B: Na, gesetzlich nicht, aber weils einfach ehm :: ehm:: weil man muss ja wenn man mit
 137 Jugendlichen arbeitet immer die Eltern mit im Boot haben weil die das einfach bezahlen
 138 auch. Natürlich man könnte Hilfestellungen geben, wie die Jugendlichen zu
 139 Kassenverträgen kommen, wie sie das abrechnen könnten und wie das auch mit e-card
 140 möglich ist ohne dass die Eltern das wissen, also das kenn ich auch aus dem somatisch
 141 gynäkologischen Bereich geht, wenns um Schwangerschaftsabbrüche geht wenns um die

142 Pille danach geht, ich mein die ist jetzt ja schon ohnedies freigegeben, aber das sind so
143 Themen, oder überhaupt die Pillenverordnung wo man ja auch mit einer 14-jährigen äh
144 schon einen Kontrakt schließen kann - auch ohne Zustimmung der Eltern, wenn die
145 Einsicht also wenn der Arzt die Einsicht ehm oder die die ehm der Jugendlichen einfach
146 zutraut hier die nötige ehm ja selbst Verantwortung übernehmen kann.
147
148 I: Ja, mhm, verstehe. okay, ehm das heißt ehm die haben schon das Gefühl, dass Interesse
149 besteht an Online-Angeboten? Also gibt es ein Nachfrage? für eine bestimmte
150 Altersgruppe?
151 B: Also Nachfrage weiß ich jetzt äh nicht direkt, aber ich vermute eine einen Bedarf,
152 Nachfrage kann ich nicht sagen, weil ich ja keine anbiete und weil aber ich vermute hier
153 einen Bedarf
154
155 I: Mhm okay. Ehm sollte da im Bereich der Ausbildung ehm für Online-Therapie sollte da
156 etwas verbessert werden auf der Therapeuten-Seite?
157 B: Hmm, ja also wenns angeboten wird, glaub ich ist es sicher sinnvoll hier auch Konzepte
158 dazu zu liefern. Also wenn man sowas schon anbietet bzw auch eine Ausbildung in diesem
159 Bereich weil das natürlich gewisse natürlich gewissen Vorteile aber auch gewissen
160 Gefahren mit sich bringt und das man hier ausreichend achtsam damit umgeht auch.
161 I: Mhm B: Ja, glaube ich schon.
162 B: Mhm, das heißt es wäre auch da irgendwie wichtig zu schauen, was kann man den
163 Theraputen anbieten an Ausbildung damit die vielleicht der Nachfrage oder dem Bedarf
164 nachkommen könnten.
165 B: Jaa: glaub ich schon.
166 I: Mhm wissen Sie da was, sind Sie Ihrerseits schon auf Angebote zur solchen
167 Ausbildungen gestoßen oder auf Möglichkeiten sich da weiterzubilden in dem Bereich?
168 B: Hm nein.
169 I: gar nicht?
170 B: nein.
171 I: Mhm okay gut, dann waren wir jetzt ziemlich schnell durch. Das wars jetzt soweit von
172 meiner Seite. Ich dank Ihnen recht herzlich für Ihre Zeit und wünsch Ihnen ein schönes
173 Wochenende
174 B: Gerne danke ebenfalls.

Kurzfragebogen zur Erfassung der Sozialdaten
ausgefüllt am: 27.09.2011

Name (anonymisiert)	Der Therapeut
Geschlecht	m
Alter	37
Wohnort (Bundesland)	Wien
Fachrichtung/Methode	Verhaltenstherapie
Tätig seit	9 Jahren
Setting	Einzeltherapie, Gruppentherapie
Erfahrung mit onlinebasierter Therapie/Beratung	nein

1 I: Wie lange arbeiten Sie denn schon im Bereich der Verhaltenstherapie?
2 B: Seit 2002, das sind 9 Jahre, gell mhm.
3
4 I: Mhm, können Sie mir kurz beschreiben wie ein Erstkontakt bei Ihnen abläuft?
5 B: Erstkontakt ganz oft über Telefon oder auch über Mail. Ja ist auch relativ häufig ahm.
6 Ich krieg fast ausschließlich Zuweisungen über Fachärzte klinische Psychologen,
7 Ambulanzen und und dann gibts ein Erstgespräch.
8 I: mhm und wie läuft das dann ab?
9 B: Erstgespräch klassisch mit ahm Problemerkörterung ahm akutell ja da geh ich nicht weit
10 zruck mach keine große Anamnes, sondern grenz das sehr ein auf das aktuelle Problem
11 dann ist eine ganz wichtige Frage warum gerade jetzt Therapie aufgesucht wird a:hm dann
12 natürlich Erhebung der konkreten Symptome, ja kognitiv, emotional körperlich also
13 vegetative Symptome dann ist eine wesentliche Frage die der Ziele in der Therapie und
14 ahm überhaupt steht eigentlich die Frage und das ist die zentrale Frage im Erstgespräch
15 ganz wesentlich auch an der Tagesordnung ahm zu erfassen ob wenn die Person bereit ist
16 sich in Psychotherapie zu begeben auch der Kontakt auf der zwischenmenschlichen Ebene
17 passt, ja ist ganz wichtig, wissma ja von Grawe unabhängig von den Therapierichtungen ,
18 dass die Beziehung **passen** muss und das ist eigentlich das wesentliche Kriterium in einem
19 Erstgespräch **für** den Patienten als auch für mich als Therapeuten rauszufinden ob das auf
20 dieser Basis auch funktioniert und dann halt so die Rahmenbedingungen abzuklären ja wie
21 oft Therapie stattfindet ja in welchem Setting, ob die Methode Verhaltenstherapie
22 überhaupt geeignet ist oder obs nicht ganz was anderes braucht ahm inklusive auch ahm
23 fachärztlicher Abklärung wenn ich der Meinung bin wenn das noch nicht passiert ist und
24 ich der Meinung bin dass das notwendig ist da auch Kontakte ahm weiterzugeben oder
25 auch Klinische Psychologie, ja also das ist so wichtig und ann ist Bedenkzeit vielleicht
26 auch andere Therapeuten die dann visitiert werden zum Erstgespräch und und dann kommt
27 Therapie zustande oder nicht
28
29 I: Mhm, das heißt im Erstgespräch wird auch eben abgeklärt so wie das Setting abläuft,
30 wie oft man sich sieht und wie lange?
31 B: Soweit es von dem was ich an Wissen dann hab über den Menschen möglich ist ja also
32 es gibt ja kein so ein starres Korsette was dann drüber gestülpt wird, sonder es kann sein
33 dass dann, ich mach immer eine Diagnostik-Phase die dauert so vier bis fünf Stunden es
34 kann auch sein dass sich das dann verändert vom Setting, ja und es kann sein, dass auch
35 der Wunsch vom Patienten ahm ein anderer ist als meine Vorstellung davon ist, ja es kann
36 sein dass ah:m Klienten am Anfang ein höheres Bedürfnis haben nach Therapie da
37 kommen sie zweimal in der Woche manchmal dreimal in der Woche und das ist dann
38 erfahrungsgemäß meistens so wenns ihnen dann besser geht dann kann man das
39 reduzieren, ja es kann auch sein wenn jemand sehr therapiefahen ist der möchte weniger
40 haben und der kommt dann einmal in vierzehn Tagen, ja also ich bin da vom Setting her
41 relativ offen, ja ahm allerdings wenn jemand die Vorstellung hat, er möchte nur einmal im
42 Monat kommen und der hat eine massive Angststörung, dass geht das auch nicht, ja also
43 da, das hab ich dann schon auch irgednwie so fixe Vorstellung wir das ablaufen muss so
44 dass das schon auch möglicherweise ein Ausschlusskriterium wär, ja
45
46 I: Mhm das heißt das findet schon in Absprache mit dem Patienten statt, aber es gibt sehr
47 wohl irgendwie eine Empfehlung

48 B: Ja, es gibt schon so irgendwie möglichst ein **individuelles** Setting, ja das möglichst auch
49 störungsspezifisch passt.

50

51 I: Mhm ist klar. Wird die Dauer dann der Verhaltenstherapie im Vorhinein festgelegt oder
52 ist das überhaupt möglich?

53 B: In Deutschland ja, da gibts einfach Sachzwänge durch die Krankenkassen die halt
54 gewisse Stunden bewilligen ja das sind halt bei Panikstörungen fünfundzwanzig Stunden,
55 das ist in Österreich rein von der Bewilliger her jetzt amal ganz anders, ja da gibts nicht
56 diese Einschränkung, das ist eine wichtige Frage die natürlich Patienten immer
57 interessie:rt, da gibts einen gro:ben Rahmen aber keine genaue Angabe von Stunden weil
58 einerseits der Druck dann an den Therapeuten steigt und möglicherweise der Patient sich
59 selbst auch unter Druck setzt wenn er hört ja ich muss jetzt in zwanzig Stunden gesund
60 sein, ja und dann bringt das mehr Druck als Nutzen, ja I: ist klar ja B: aber es gibt wohl
61 eine Richtlinie so eine grobe Einschätzung gibts, ja.

62

63 I: mhm, okay und die ist abhängig von?

64 B: die ist schon abhängig auch vom Störungsbild, ja das schaut natürlich bei
65 Persönlichkeitsstörungen ganz anders aus als wie bei einer gerichteten Angststörung, ja
66 wenn das eine eine Höhenangst ist ja dann ist das sehr viel einfacher eingrenzbar und
67 einfacher zu behandeln

68

69 I: Mhm, mhm wie würden Sie das Ziel oder Absicht eine Verhaltenstherapie formulieren?

70 B: Ziel Ziel ist schon in erster Linie zunächst amal akute Leidenszustände zu verändern
71 das ist ganz ein wesentliches Ziel, die der Patient aber auch in Absprache mit dem
72 Therapeuten definiert, ja und das ist überhaupt ganz wichtig, Ziele werden gemeinsam
73 definiert das ist so auch ein wesentlicher Punkt in dieser Anfangsphase einer Therapie, ja
74 und da gehts darum möglichst realistische Ziel-Veränderungsbereiche herauszuarbeiten, ja
75 also zunächst Symptomreduktion ist ganz oft weil das bringt Erleichterung, ja und da
76 können sich Folgeziele daraus entwickeln aber ganz oft ist es damit auch schon getan, ja
77 wenns einer Person die eine schwere Panikstörung hat einfach besser geht und sie keine
78 Panikattacken mehr hat, dann ist da schon mal ganz viel erreicht und dann kann Ziel sein
79 zum Beispiel selbstsicherer zu sein, mehr soziale Kompetenzen zu erwerben oder dann
80 kommt vielleicht auch raus, dass eigentlich ahm die Depression da auch immer wieder eine
81 Rolle spielt, ja

82

83 I: Mhm, zur Kommunkation, neben der Sprache, die ja die Basis jeder Gesprächstherapie
84 bildet, wie wichtig ist denn die Körpersprache also Mimik und Gestik in der
85 Verhaltenstherapie?

86 B: sehr wichtig sehr wichtig, es gibt diese drei großen Ebenen die die Verhaltenstherapie ja
87 letztendlich ausmachen, es gibt diese Ebene der Kognitionen es gibt die Ebene der
88 Emotionen und es gibt die Ebene der vegetativen und letztendlich auch der körperlich
89 sichtbaren Bereiche und da würd ich sagen spielt das einen ganz einen großen
90 Schwerpunkt auch den wir auch aktiv einsetzen, zum Beispiel in der Entspannung da
91 arbeiten wir ja auch mit Körperentspannung ja die wir einsetzen wenn wir exponieren, ja
92 wo einfach ganz wichtig ist auch auf diese Körpersignale einzugehen

93

94 I: Mhm, welche Vor- und Nachteile sehen Sie in einer onlinebasierten Form der Therapie?

95 B: Ich hab den Boom miterlebt das war ja ein ziemlicher Hype, mittlerweile sowie ich das

96 beobachtet gibts ja relativ wenig onlinebasierte Angebote, so ist meine Einschätzung, es gab
97 ja da auch einen Erlass vom Bunderverband was die Kriterien sind für Online Therapie.
98 Ich kenn persönlich aus meinen ganzen Fachkontakten niemanden der das auch und zwar
99 meiner Meinung nach aus gutem Grund weil die die persönliche Beziehung so wahnsinnig
100 wichtig ist und da fehlt ein Teil wenn das nur über Telefon oder Mail oder oder Chat oder
101 was immer passiert und ich glaub dass es ganz wichtig ist, dass man das Gegenüber
102 beobachten kann dass da einfach **wesentliche** Information übermittelt wird die nicht über
103 Sprache vermittelt wird, ja, Emotion spielt eine große Rolle 90 Prozent aller unserer
104 Entscheidungen passieren emotional und nicht rational und das bekommt man nicht mit
105 wenn man den Menschen nicht vor sich hat. Also da bin ich ganz ganz ganz skeptisch und
106 nur in Ausnahmefällen ist das sinnvoll, ja das ist sinnvoll wenn ein Mensch gehbehindert
107 ist oder ganz stark eingeschränkt ist und weit weg lebt wo keine Therapiemöglichkeiten
108 gibt, da ist es meiner Meinung nach eine Option ja, aber auch nur letztlich ein Kompromiss
109 ja, ich seh das nicht als eine vollwertige Therapie

110
111 I: das heißt es ist nur begrenzt möglich?

112 B: ich würd sagen das ist eine Überbrückung ja, oder das kann auch sein, das hab ich wohl
113 auch, wenn ich eine Therapie abgeschlossen habe, dass mich dann wer anmailt amal oder
114 mich anruft, ja dann ist das sinnvoll, ja genauso wie Krisenintervention sinnvoll ist am
115 Telefon, wenn man den Patient laufend in Therapie hat, ja dann find ich das sinnvoll, aber
116 nur **rein** übers Telefon oder über ein anderes Medium find ich Therapie nicht (kurze
117 Pause) sinnvoll.

118
119 I: Mhm okay ehm zu den Konzepten, Sie habens eh vorhin schon erwähnt in der
120 Verhaltenstherapie wird ja viel gearbeitet mit kognitiven Verfahren ehm glauben Sie ist es
121 mögliche den kognitiven Teil auf einer onlinebasierten Ebene zu machen?

122 B: (atmet tief) nein glaub ich nicht, glaub ich nicht, die kognitive Therapie ist ja auch nur
123 ein Teil innerhalb der Verhaltenstherapie ja, und das ist kein mittlerweile gibts eine sehr
124 starke Veränderung es gibt so etwas wie eine vierte Wende in der Verhaltenstherapie von
125 Kognition zu Emotionen auch mit der Schematherapie und so weiter hat sich da sehr viel
126 verändert ja, u:und ahm ich glaub auch dass die kognitive Therapie an sich überbewertet
127 ist, ja und daher ich glaub dass es viel wichtiger ist mit Gefühlen und Emotionen zu
128 arbeiten als wie mit Kognition und das ist auch der Trend, das setzt sich ja auch durch, ja,
129 in deutschen Kliniken Bad Windach oder in diesen spe Roseneck oder so in diesen
130 Spezialambulanzen in den verhaltenstherapeutischen wird ganz stark emotionsfokussiert
131 gearbeitet, ja und das ist auch mein Ansatz ja, also insofern, ja möglicherweise kann ma:n
132 das machen, ja also ich mach zum Beispiel was weiß ich den Langbogen Lebensgeschichte
133 von Lazarus lass ich wenn Patienten gut kognitiv drauf sind und gute
134 Verbalisationsfähigkeiten haben dann lass ich den auch ahm online ausfüllen, ja, aber
135 einfach um mir Zeit zu ersparen mit dem Patienten in der Therapie, ja, aber das mach eben
136 auch sehr abgestimmt und sehr individuell, ja. Wenn ich weiß das überfordert jemanden
137 dann mach ichs natürlich direkt mit der Person.

138
139 I: Mhm, das heißt es gäbe Teile die möglich wären sozusagen

140 B: ja, sicher die das das das auf jeden Fall ja also weil wir ja in der Verhaltenstherapie
141 überhaupt sehr viel arbeiten mit halt auch mit Hausübungen ja, und wir geben halt auch
142 viele Fragebögen mit, ja und Screeningmöglichkeiten gibts schon, die der Patient alleine
143 machen kann auch auf jeden Fall die kann er zu Hause selbst machen, ja

144
145 I: mhm ja, gibts Störungsbilder wo Sie sagen da würd sich eine onlinebasierte Intervention
146 dann eher anbieten?
147 B: Hm, nein meiner Meinung nach nicht, es gibt möglicherweise Fragestellungen, die nicht
148 krankheitswertig sind, ja, aber alles was krankheitswertig ist im Sinnen von
149 klassifizierbarer Störung nach ICD10 eignet sich nicht für rein onlinebasierte
150 Interventionen. Aber wenn das eine lebenstechnische Fragestellung ist im Sinne von einer
151 Lebenskrise von einer vorübergehenden kann ich mir das vorstellen dass das wirksam ist,
152 ja, dass das auch ausreichend ist, ja, aber ob dass dann unbedingt ein Psychotherapeut sein
153 muss ist eine andere Frage I: okay, Sie meinen das würde dann mehr in Richtung Beratung
154 gehen? B: Beratung ja, das kann ich mir auch vorstellen, dass das eine Frage der
155 Philosophie ist oder auch der Theologie ja Telefonseelsorge, ja dass das in diese Bereich
156 rein fällt
157
158 I: Mhm, ehm also Element aus einer F2F Therapie in eine onlinebasierte Form zu
159 übertragen ist Ihrer Meinung nach schwierig bis gar nicht möglich oder gibts da schon
160 Sachen die außer die erwähnten Hausübungen, Fragebögen
161 B: nein also ich find einfach diese persönliche Beziehung so wa:hnsinnig wichtig ja und
162 ich glaub dass die nicht ersetzbar ist, ich bin da ganz ganz ganz ganz skeptisch und ich
163 weiß wie wichtig das Entscheidungskriterium ist für einen Patienten was Therapie betrifft
164 und der geht nach Sympathie und nach Bauchgefühl und wie er sich in Gegenwart der
165 Therapeutin oder des Therapeuten fühlt ja, und der geht überhaupt nicht nach fachlichen
166 Kriterien, ja dem ist wuascht welche Therapierichtung, meistens wuascht ja, dem ist sehr
167 oft auch egal ob ah da wahnsinnig viel Erfahrung da ist oder nicht sondern da spielt eher
168 noch ein Kriterium Mann oder Frau das Geschlecht, ja das Alter in gewisser Weiser spielt
169 schon auch eine Rolle, gerade bei Jugendlichen ja spielt das eine Rolle, aber da spielt alles
170 andere relativ wenig Rolle
171
172 I: Mhm ja, zu den Zielgruppen, lassen sich Ihre Klienten einer bestimmten Zielgruppe
173 zuordnen? Also Alter, Geschlecht, Störungsbilder soziale Schicht?
174 B: Ehm ich hab 50 Prozent Kinder Jugendliche 50 Prozent Erwachsene, unter den Kindern
175 Jugendlichen hab ich 90 Prozent Burschen 10 Prozent Mädchen, unter Kindern ist ja
176 sowieso der Anteil was psychische Störungen betrifft Buben Mädchen, 2 oder 3 zu 1 sehr
177 viel häufiger, es ändert sich in der Pubertät da wirds dann ungefähr 1 zu 1, aber wie gesagt
178 da hab ich ein Verhältnis von 90 zu 10 und bei Erwachsenen Männer Frauen ausgeglichen
179 ahm und Störungsbilder meine Schwerpunkte sind Angst Depression (kurze Pause)
180 Persönlichkeitsstörungen sind immer mit dabei (??) also ganz häufig ganz häufig ehm ja,
181 das ist es so, Zwänge Zwänge ganz viel Zwangserkrankungen
182
183 I: mhm okay, welche Zielgruppe würde denn Ihrer Meinung nach am ehesten Online
184 Angebote nutzen?
185 B: Ich weiß dass es da auch so Online-Geschichten gibt aus der Schweiz und so weiter
186 (pause) ich weiß es nicht keine Ahnung, ich glaub Online-Agebote in Form von
187 Information sind gut, ja das ist sinnvoll damit jemand überhaupt einen Zugang bekommt ja
188 also alles was in Richtung Psychoedukation geht ist wichtig und ist sinnvoll ahm das auch
189 so aufgebaut dass das halt adäquat für die jeweilige Zielgruppe auch annehmbar ist, ja dass
190 das halt auch einen Jugendlichen anspricht, dass das aber auch möglich ist Informationen
191 zu bekommen a:hm für E:itern, für ältere Menschen das find ich auch wichtig, und da

192 glaub ich gibt schon einen großen Mangel weils einfach viel viel viel Verwirrung auch gibt
193 wenn man in google einen Suchbegriff eingibt, ja und dann auch sehr schwer zu
194 differenzieren ist ist das ein seriöses Angebot ist das keines, ja, ahm wie kommt man
195 überhaupt zu einem professionellen Helfer der passt für einen, große große
196 Schwierigkeiten für Menschen viele scheitern daran, das hör ich immer wieder dass der
197 Weg dann in eine Psychotherapie ein sehr langer ist und ein mühsamer und da glaube ich
198 da wär irgendwie da wären Standards gut.

199

200 I: Mhm, das heißt besteht Ihrer Meinung nach Interesse an Online-Angebot,
201 Interventionen? Also gibts eine Nachfrage?

202 B: Na was ich weiß ist dass Menschen ganz viel wissen wollen, über Ihre Störung oder ihre
203 Probleme ihre Schwierigkeiten über Ihre Erkrankungen ahm ob sie dann Hilfe in Anspruch
204 nehmen wollen über konkrete Interventions längere Interventionsmöglichkeiten das
205 schließe ich aus, das glaub ich nicht ja, dass jemand sozusagen sagen würde okay ich mach
206 jetzt Therapie über Internet, das kann ich mir nicht vorstellen, dass das jemand
207 längerfristig macht. Ich kann mir das vorstellen dass das um die Hürde irgendwie dagegen
208 abzubauen ist das vielleicht für manche schon eine Option aber ich glaub dass das keine
209 Therapie wird sondern das ist halt dann ja Aufklärung und Information, ja.

210

211 I: Mhm das heißt so als Einstieg eher gedacht? B: möglicherweise ja

212

213 I: weil das Angebot ist halt niederschwellig, also die Hemmschwelle zu eine Therapeuten
214 zu gehen ist vermutlich größer, also der erste Schritt ist ja eher so also bis man dann
215 tatsächlich in einer Praxis steht und sagt ich brauche Hilfe oder ich hätt gern Unterstützung
216 ist ja für viele sehr schwierig B: ja.

217

218 I: ehm das heißt das wäre eine Möglichkeit für diese Menschen da mal so in Erstkontakt zu
219 treten?

220 B: Hm, ich weiß es nicht, ganz ehrlich ich hab da große Bedenken, ich glaub dass zum
221 Beispiel eine Homepage um einen Therapeuten zu finden also das mach ich schon auch die
222 Erfahrung dass mich sehr viele Menschen anmailen, ja dass es leichter ist ein Mail zu
223 schicken für viele als einen anzurufen, ja aber sie wollen dann mit einem reden und
224 persönlich ja sie wollen dann kommen, sie wollen einen Termin haben ja sie möchten dann
225 nicht fünfzehntausend Mails hin und her schicken.

226

227 I: Mhm, wie ist das bei den Jugendlichen, kommen die mit Eltern oder gibts auch
228 Jugendlichen die alleine sozusagen sich an Sie wenden und sagen ich brauch
229 Unterstützung mit gehts nicht gut oder sind da Institutionen im Hintergrund?

230 B: Unterschiedlich das kann ich nicht verallgemeinern, ich hab meistens, wenn
231 Jugendliche kommen ja, redma jetzt von einem Alter ab 14, bei Jugendlichen ist ganz
232 häufig so dass sie davor schon Therapie hatten ja, dass das nicht ein Erstkontakt ist und
233 das sind oft sehr komplexe sehr schwierige Fragestellungen ja, die oft Therapie schon
234 abgebrochen haben, zwei drei viermal wo oft auch stationäre Aufenthalte vorausgehen
235 ahm, die kommen nicht immer freiwillig, die müssen manches Mal kommen weil sie in
236 einer Institution sind, Wohngemeinschaft wo das sozusagen eine Auflage ist, sie müssen
237 manchmal auch kommen weil das eine Empfehlung ist von der behandelnden Institution
238 und das dann an die Eltern übergeben wird und oft auch das Jugendamt da dahinter ist und
239 das sozusagen exekutiert, dass die Therapie und wenn sie nicht kommen hat das auch

240 Konsequenzen ja, also Jugendliche müssen oft kommen ob sie wollen oder nicht. Das ist
241 auch ein schwieriges Alter, für Therapie ganz ein schwieriges Alter das geht halt auch so
242 von unsere Entwicklung von unserem entwicklungspsychologischen Wissen ist das halt oft
243 auch klar, da will man selbstständig sein und da hat man diese Omnipotenzgefühle und
244 man ist der Beste und der Schönste und der Größte und da will man halt nicht in der
245 Therapie über seine Schwächen auch reden und damit konfrontiert sein. Jugendalter ist für
246 Therapie ein schwieriges Alter, ja und deswegen glaub ich machen auch arbeiten auch
247 wenige PsychotherapeutInnen mit Jugendlichen deswegen gibts da auch so einen großen
248 Bedarf und da brauchts einen ganz eigenen Zugang

249

250 I: Mhm, ist das nach wie vor so, dass das Angebot so gering ist?

251 B: Wenig Kinder und Jugendtherapeuten allgemein, großer Bedarf und ganz wenig
252 Männer, 90 Prozent Frauen 10 Prozent Männer und Männer sind alle ausgebucht, alle. Und
253 Frauen bei Kinder und Jugendlichen auch, aber die Nachfrage nach Männern ist einfach
254 (pause) halt eine größere glaub ich, das kommt hör ich halt ganz oft, auch viele
255 alleinerziehende Mütter wünschen sich als Therapeuten eine Mann. Damit er zumindest in
256 der Therapie eine männliche Bezugsperson hat das ist ganz oft ein Argument, Kind
257 Jugendliche ist umgeben von vielen Frauen, in der Schule im Kindergarten davor ja, und
258 da wollen sie einen Mann haben, ist ein häufiges Kriterium für die Therapieauswahl.

259

260 I: Hm, mhm, ich hab noch eine Frage zur Ausbildung. Sollte es Ihre Meinung nach eine
261 Ausbildung zur onlinebasierten Intervention geben? Oder kennen Sie vielleicht sogar so
262 etwas?

263 B: Hm ich weiß es nicht obs sowas gibt das hab ich nicht verfolgt, ich weiß dass es dazu
264 Kriterien gibt die auferlegt wurden eben vom ÖBVB ehm ich glaub aber dass das eher
265 freiwillige Richtlinien sind an die man sich sozusagen halten sollte ahm wenn jemand
266 onlinebasierte Therapie anbieten mö:chte dann soll er meiner Meinung nach damit schon
267 irgendwie auch professionell ahm da ausgebildet werden ja, weil das sicher andere
268 Anforderungen hat als eine Therapie in vivo.

269

270 I: Mhm gut, das wars soweit von meiner Seite B: Gut. I: Fein, dann sag ich vielen Dank

271 B: Gern.

Danke!

Sehr viele liebe Menschen haben zum erfolgreichen Entstehen dieser Arbeit beigetragen:

An erster Stelle möchte ich meiner Familie danken, vor allem meinen Eltern, die mir das Studium ermöglicht haben und besonders während meiner Diplomarbeitsphase immer unterstützend hinter mir standen. Danke für eure Geduld und euer Vertrauen!

Prof. Dr. Christian Swertz danke ich für die Betreuung meiner Arbeit und konstruktives Feedback.

Meiner privaten „Motivationsrunde“ aka Marie und Agnes danke ich für die Kaffeesitzungen und Spaziergänge, in denen wir theoretische und methodische Überlegungen und Gedanken, sowie Sorgen ausgetauscht haben.

Ein herzliches Danke an meine Chica und die liebe Sarah für die vielen gemeinsamen Stunden des Schreibens, Denkens und Abschweifens in der Nationalbibliothek.

Meiner lieben Ibu danke ich für eine tolle gemeinsame Studienzeit und viele inspirierenden und motivierende Gespräche.

Ein großes Danke auch an Jakob, für die vielen Gespräche und aufbauenden Worte. Danke dass du da warst – ohne hier zu sein.

Ein dickes Dankeschön an Bibi und Romy, für eure fachliche und mentale Unterstützung und eure ermutigenden Worte in schwierigen Zeiten.

Meiner Mouse und meinem Paul danke ich für die vielen anregenden Gespräche, Diskussionen und Feedback, sowie für die unzähligen Stunden des Zuspruches und des Zuhörens. Danke, dass ihr da wart, mich ausgehalten und mich immer wieder neu motiviert habt!

Vielen Dank an alle KorrekturleserInnen sowie an alle Freundinnen und Freunde für eure Unterstützung!

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Katharina Binder, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift



LEBENS LAUF

Katharina Binder
18. November 1983
Burggasse 128/30
1070 Wien
0676/7266613
k-binder@gmx.at

Ausbildung

10/2008	Basisworkshop Sexualpädagogik ISP Institut für Sexualpädagogik
seit 10/2003	Pädagogikstudium an der Universität Wien Schwerpunkte: Medienpädagogik, Psychoanalytische Pädagogik und Heil- und Integrativpädagogik
1998 – 2003	Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe; Ausbildungsschwerpunkt: Wirtschaft und Fremdsprachen Abschluss mit Matura Bergeheidengasse 5-19, 1130 Wien
1994 – 1998	AHS Auf der Schmelz 4, 1150 Wien
1990 – 1994	Volksschule Zieglergasse 21, 1070 Wien

Berufliche Tätigkeiten

01/2011 – 07/2011	Kindergruppe Schembergasse
05/2010 – dato	Kinderbüro Universität Wien – Flying Nanny
04/2010 – 07/2010	Verlagsgruppe Styria – Assistenz Presse
ab 10/2005 – dato	LernQuadrat (Nachhilfeinstitut) - Lehrkraft, Betreuerin; Leitung der Sommercamps und interne Weiterbildungen für Lehrkräfte
11/2005 – 09/2006	Hutchison 3G Austria - International Roaming, Customer Finance
07/2005 – 08/2005	ActiLingua Academy - Deutschkurse für Jugendliche
11/2004 – 06/2005	Profikids Computerschule – Trainerin Computerkurse für Kinder
08/2004	Wiener Jugenderholung – Feriencamp Betreuerin
02/2004 – 06/2004	Wiener Hilfswerk – Lernbegleiterin, Betreuerin von Kindern und Jugendlichen