

Internetbasierte psychotherapeutische Interventionen: Wirksamkeit und Beziehungserleben

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud
Freie Universität, Berlin

Landespsychotherapeutentag 2017, Stuttgart, 01.07.2017

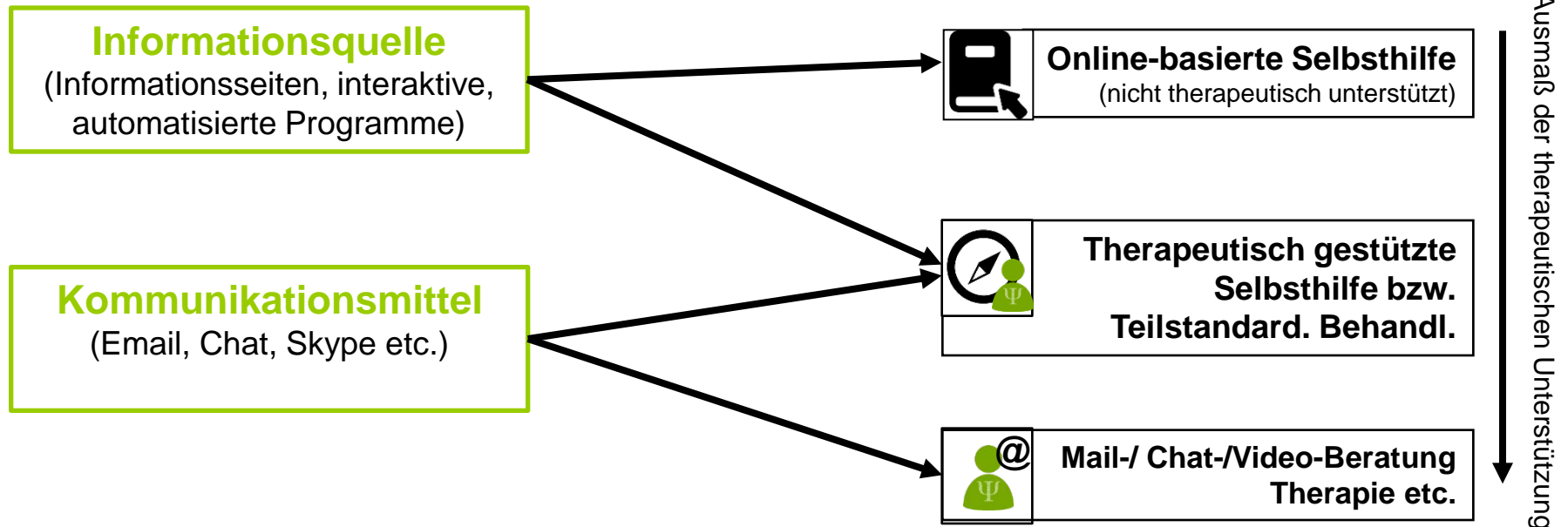


- Hintergrund & Definition
- Wirksamkeit internetbasierter Interventionen
- Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Interventionen
- Ausblick

Einordnung onlinetherapeutischer Interventionen

Internet und Smartphone als...

Behandlungsansatz

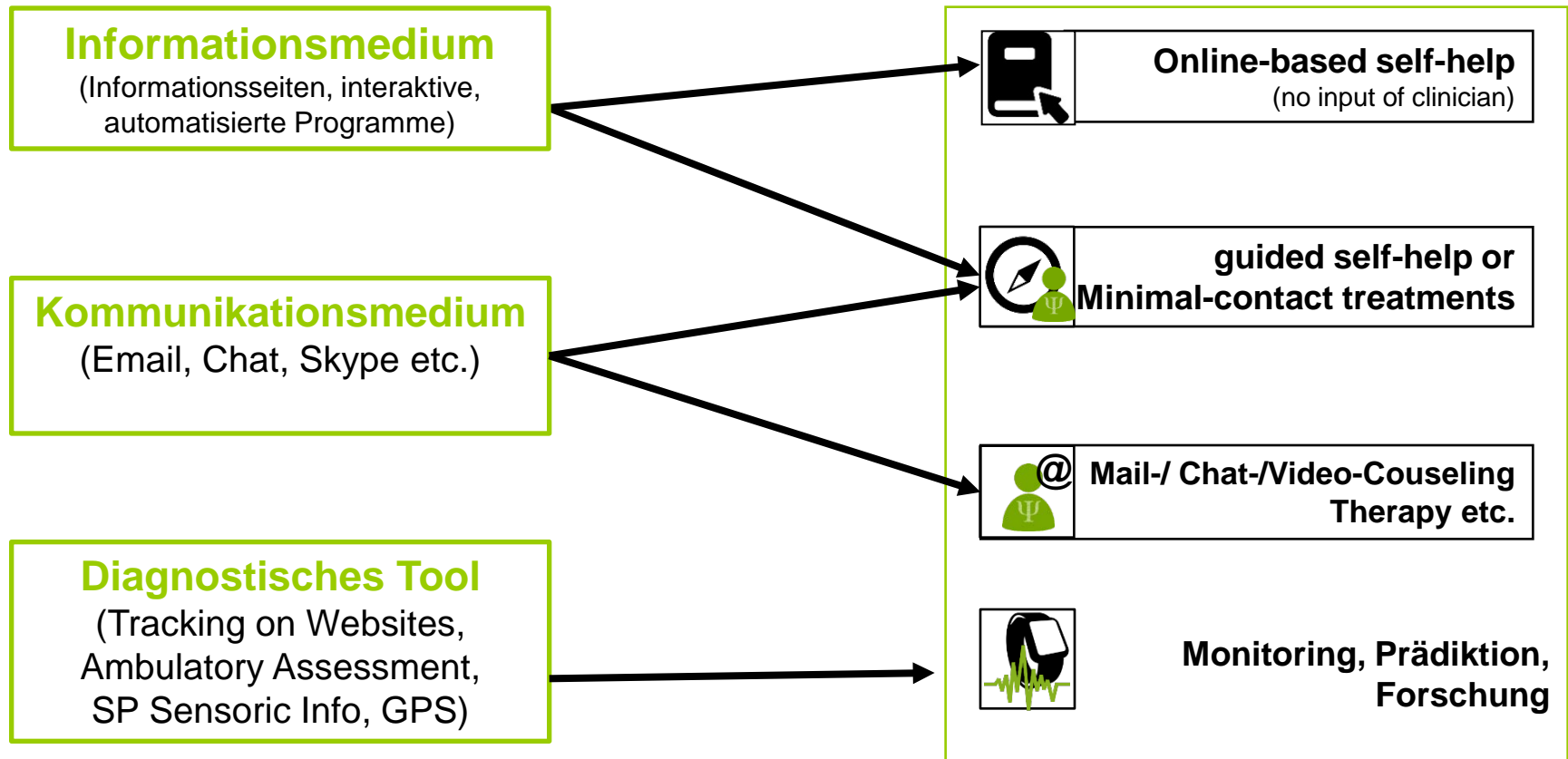


(erweitert nach Berger, 2012)

Erweiterung als diagnostisches Instrument

Internet und Smartphone als...

Forschungsmedium



Wirksamkeit



Ausgewählte Pre-Post-Effektstärken von Onlineinterventionen

- Metaanalytische Evidenz für fast alle großen Störungsbereiche
- Mittlere bis große Effektstärken für primäre Symptomatik

	Number of Studies	Controlled Effect Size
Mayo-Wilson & Montgomery 2013	Angst (PD, SAD, GAD) k = 72	0.67 [.55 - .78]
Richards & Richardson (2012)	Depression k = 19	0.56 [.41-.71]
Küster, Niemeyer & Knaevelsrud (2016)	PTBS k = 8	0.95 [.46 - 1.43]
Kinder & Jugendliche Ebert et al. (2015)	Angst, Depression, Transdiagnostisch	0.68 [.45 - .92] 0.76 [.41 – 1.12] 0.94 [.23 - 1.66]

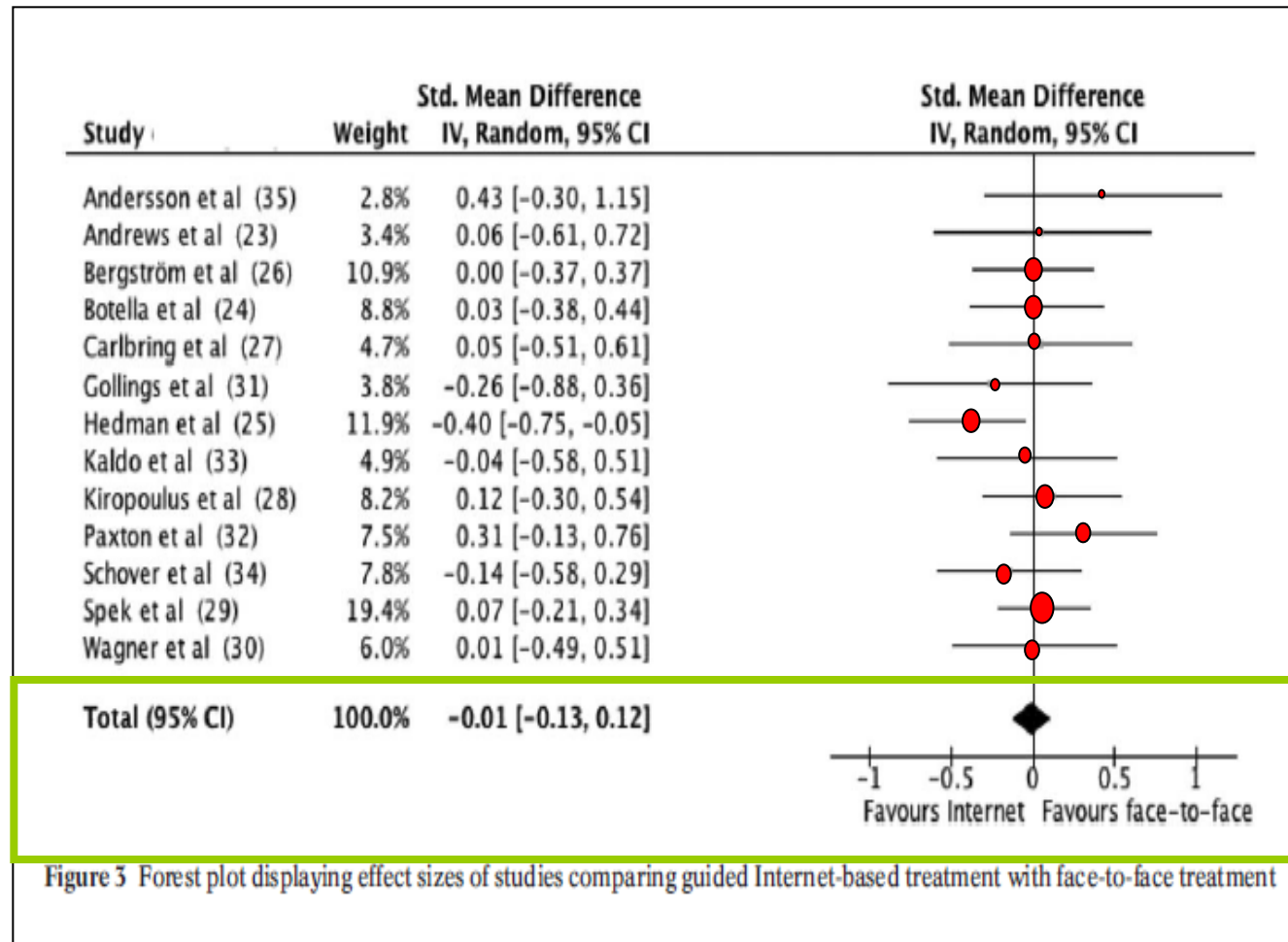
Broad range of interventions: selected RCTs

Table 1 Conditions for which guided Internet-delivered psychological treatment has been tested in research (randomized controlled trials)

Psychiatric conditions	Somatic conditions/ health problems	Other
Depression (including postpartum depression)	Headache	Couples therapy
Bipolar disorder	Tinnitus	Parent training
Panic disorder	Diabetes	Stress problems
Social phobia	Insomnia	Perfectionism
Specific phobia	Childhood encopresis	Burnout
Mixed anxiety/depression	Chronic pain	Procrastination
Health anxiety	Cancer	Bereavement
Obsessive-compulsive disorder	Irritable bowel syndrome	Infertility distress
Generalized anxiety disorder	Erectile dysfunction	Body dissatisfaction
Posttraumatic stress disorder	Hearing loss	Grief
Pathological gambling	Chronic fatigue	
Bulimia and eating disorders	Multiple sclerosis	
Body dysmorphic disorder	Obesity	
Drug addictions	Smoking	
Attention-deficit/hyperactivity disorder		

(Andersson, 2016)

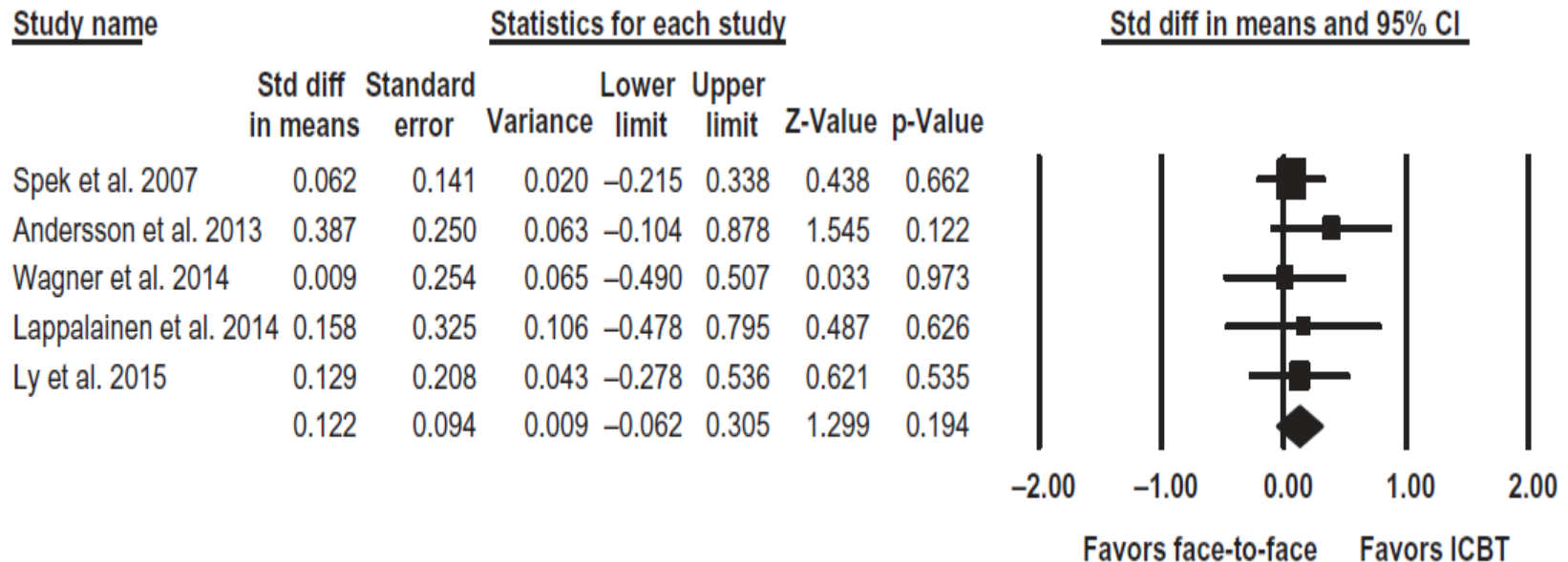
Vergleich Onlineintervention vs konventionelle Psychotherapie



(Andersson et al., 2014, 2016)

Wirksamkeit Depression im Vergleich zu „face-to-face“

“Forest plot” zeigt Effektstärken von Studien, die geleitete
Internettherapie
mit äquivalenter Therapie “face-to-face” verglichen



(Gewichtung nach
Stichprobengröße/Studienqualität)

(Andersson et al., 2016)

Die (virtuelle) therapeutische Beziehung



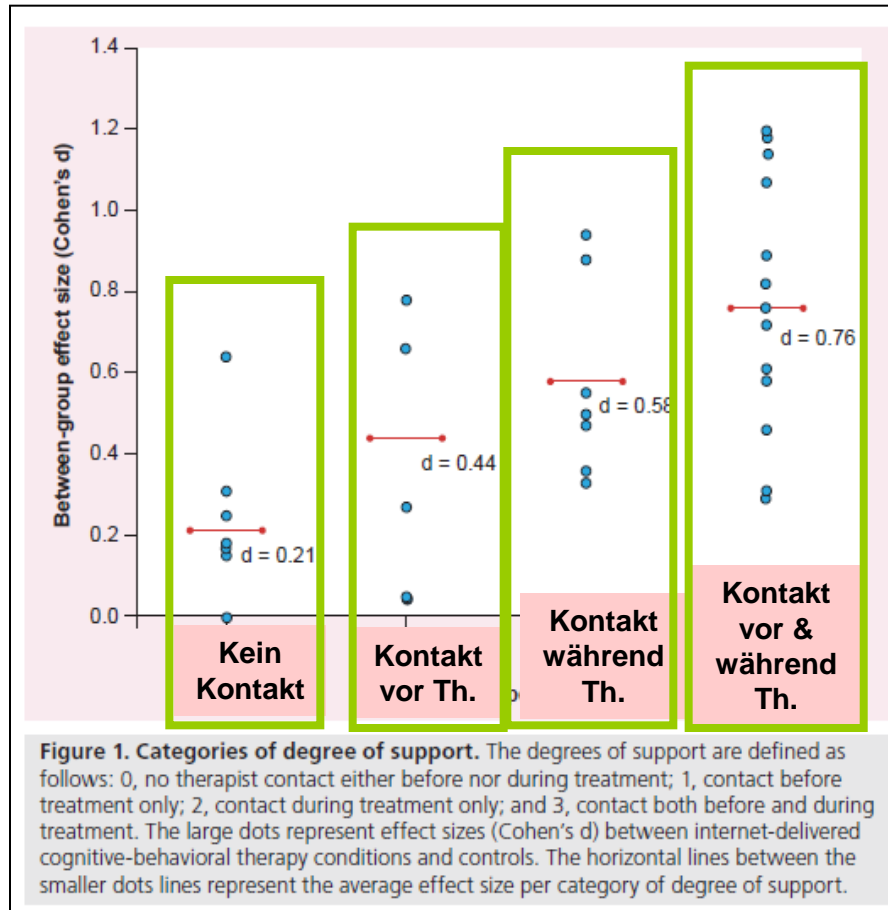
Die therapeutische Beziehung

Therapeutische Beziehung hat drei wesentliche Komponenten:

Komponente der therapeutischen Allianz	Beispielitem des WAI (Munder et al., 2010)
Gefühlte Übereinstimmung in den (therapeutischen) Zielen	„Mein/e Therapeut/in und ich stimmen darin überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.“
Gefühlte Übereinstimmung in den Aufgaben	„Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.“
Affektive Beziehung „Bindung“	„Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.“

nach Bordin (1975)

Ausmaß des therapeutischen Kontakts und Behandlungseffekt in Online-Therapien



Keine signifikanten Unterschiede bzgl. Beziehungsqualität zwischen Onlinetherapie & ambulanter Therapie

(Klasen, Böttche & Knaevelsrud, 2012)

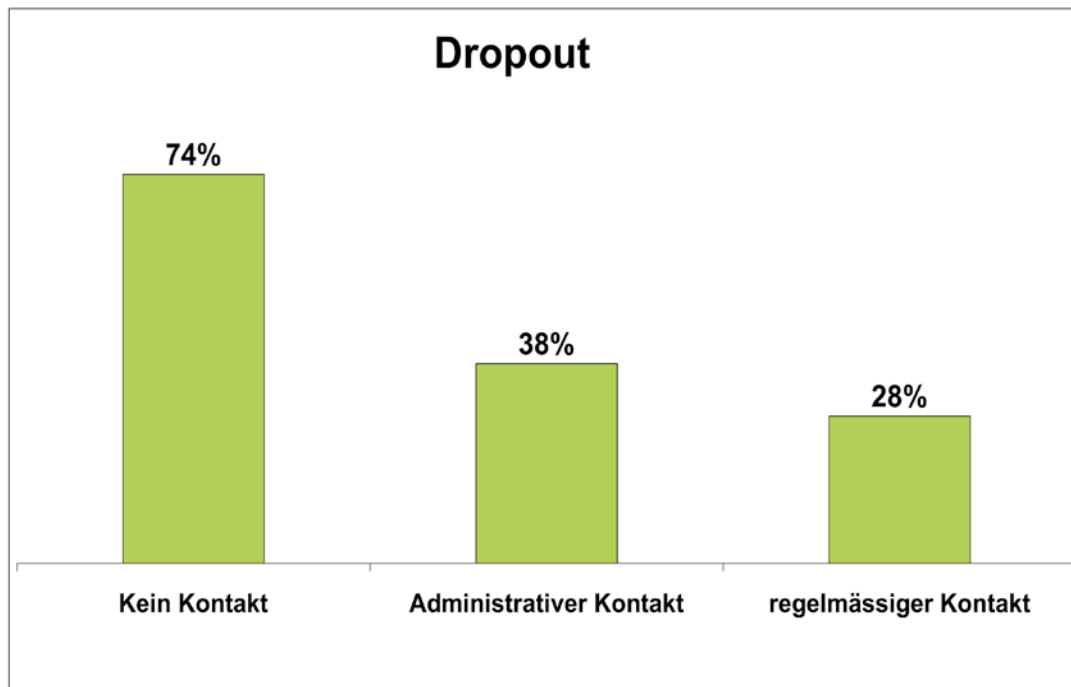
Bewertung der therapeutischen Beziehung ist kein konsistenter Outcome Prädiktor

(Knaevelsrud et al., 2006; Sucala et al., 2012)

→ Behandlungseffekte größer je mehr Therapeutenkontakt
(Johannsen et al., 2012)

Abbruchraten zwischen Online- und „Face-to-face“-Therapie vergleichbar
(van Ballegooijen et al. 2014)

Grosse Varianz zwischen verschiedenen Störungsbildern
→ Eher störungs- als methodenspezifisches Phänomen



→ Dropout geringer je mehr
Kontakt zum Therapeuten
(Richards & Richardson,
2012)

Gründe für Abbruch (Aardoom et al., 2013)

- Motivations-/Zeitmangel
- keine Verbesserung
- **fehlender f2f-Kontakt**
- **technische Probleme**
- Bevorzugung von Medikation
- Mangel an Interesse
- erlebte Belastungen durch das Programm
- Erleben einer akuten depressiven Episode oder körperliche Erkrankungen

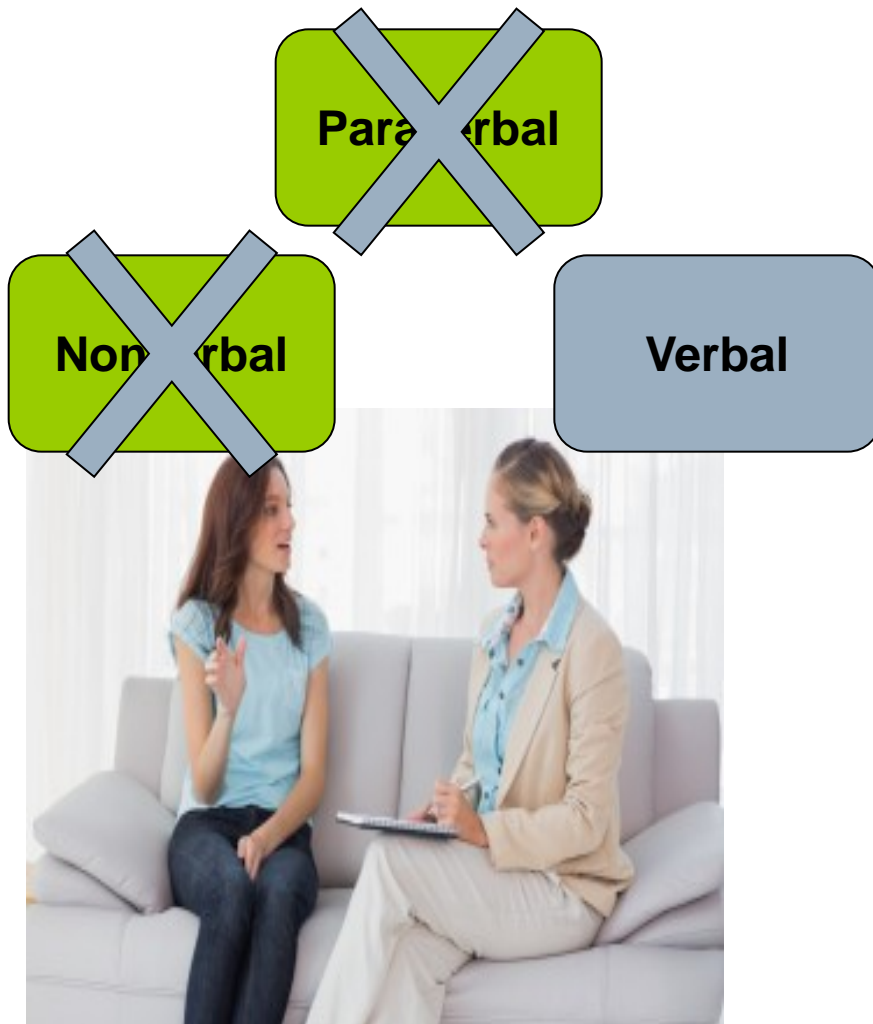
Gründe im f2f-Kontext:
lange Weg- und Anfahrtszeiten (Bados et al., 2007)

Abbruchverhalten weniger methoden- als eher störungsspezifisch

Patient

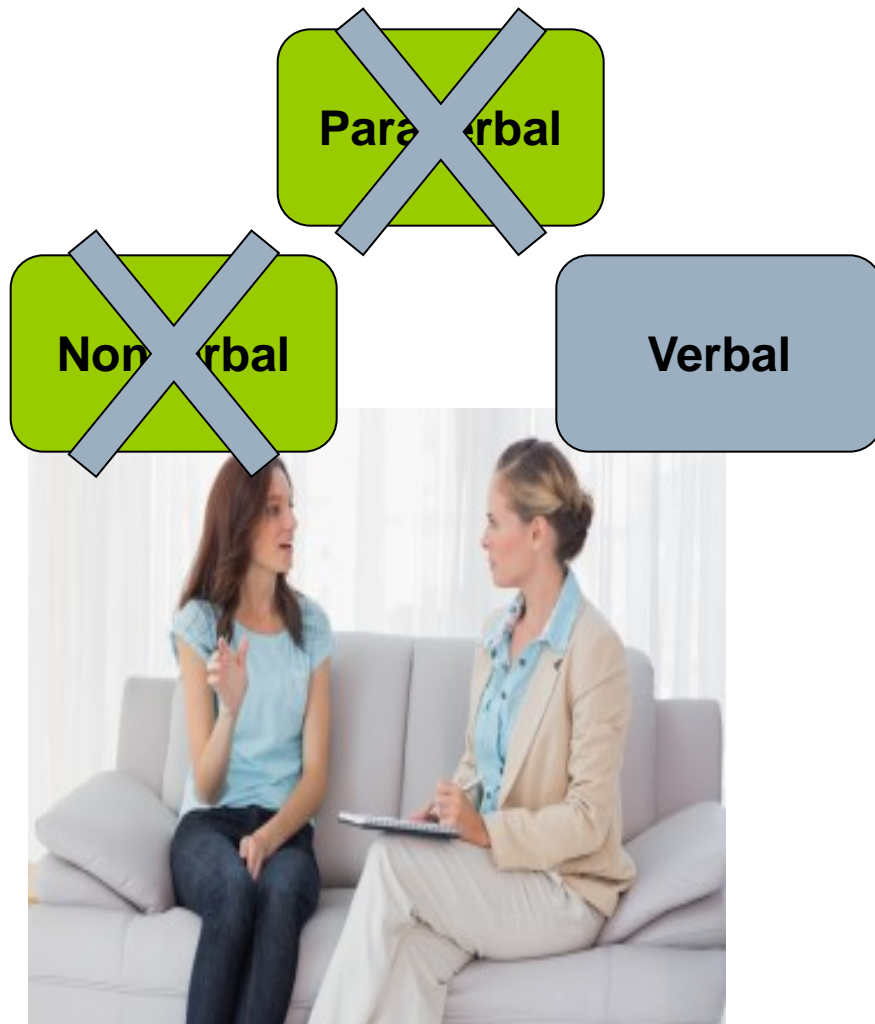
- **Hohes Maß an Autonomie**
 - Aktive Partizipation
 - Intensität und Tempo bestimmt zu großen Anteilen die Patienten
- Machtgefälle deutlich weniger ausgeprägt (Baker & Ray, 2011; Cohen & Kerr, 1998; Mitchell & Murphy, 1998)
- Patient zunehmend stärker informierte/r Experte/in (McMullan, 2006)
- Weniger Schamerleben, fördert emotionalen Ausdruck und Selbstoffenbarung (Suler, 2001; Döring, 2000; Leibert et al., 2006)

Interaktion primär verbal



- Therapeutische Interaktion basiert auf verbaler (schriftlicher) Kommunikation
- Der Therapeut/Patient erhält i. d. R. keine sofortige Rückmeldung (z. B. Nicken, Stirnrunzeln)
- Weniger Informationen über den emotionalen Zustand des Patienten
- Notwendigkeit zur impliziten Risikoabschätzung

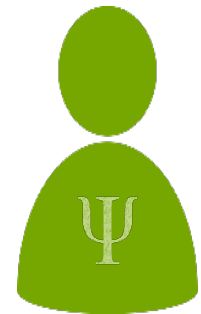
Interaktion primär verbal



- Sehr bewusste, unmissverständliche Verwendung der Sprache
- Die gesamte Kommunikation wird archiviert (kann anderen mitgeteilt/ veröffentlicht werden)
- Schreiben ist zeitaufwendiger als Sprechen
- Die asynchrone Kommunikation ermöglicht intensive Reflexion, Intervention und Supervision

Therapists' input & feedback in online settings

- Förderung der therapeutischen Beziehung
- Aufgabenfokussierung
- Förderung von Selbstwirksamkeit
- Psychoedukation
- Empathische Rückmeldung
- Förderung von Hoffnung und positiver Therapieerwartungen
- Zusammenfassen und Paraphrasieren



(Paxling et al., 2013; Schneider et al., 2016)

Herausforderungen der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung

Grenzen definieren

„Patientenzitat“

Wann wird zusätzlich interveniert/Setting angepasst?

„Patientenzitat“

Umgang mit Missverständnissen/Störungen

„Patientenzitat“

Umgang mit Unsicherheit in therapeutischen Beziehung

„Patientenzitat“

Fazit

Limitationen und Herausforderungen der Onlinetherapie

- Impliziter Bias der Wirksamkeitsdaten (v.a. Selbstzuweisungen)
- Identifikation differenzierter Indikationsbereiche
- Datenschutzkonzepte & digitale Medienkompetenz

Internettherapie findet hohe Akzeptanz (Studien, Versorgungsalltag)

- Im europäischen Ausland bereits im regulären Versorgungssystem integriert (u.a. Richtlinien: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Swedish National Board of Health and Welfare (2010)

Internettherapie ist flexibel und leicht zugänglich

- Niedrige Hemmschwelle
- Ergänzung zu herkömmlichen zeit- und ortsgebundenen Therapien
- Erleichterte Multilingualität von Angeboten (MultiCASI; Ilajnafsy)
- Einbezug von anderen Betroffenen, Partnern und Angehörigen (Challenger; Zwei Leben; geleitete Betroffenen-Selbsthilfe im Netz)

Voraussetzung für klinische Implementierung

Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards

- standardisierte, wissenschaftlich evaluierte Programme
- Qualifikation und Qualifizierung der Therapeuten
- Datenschutz und Datensicherheit

Überprüfung geltender gesetzlicher Rahmenbedingungen

- Vereinbarkeit mit Berufsordnung und Verankerung im Sozialrecht

Wissenschaftliche Begleitung

- Wirksamkeit und Nutzen durch Versorgungsforschung
- Nachweis im Versorgungsalltag

FRAGEN...