

## **Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze bei Angststörungen und Depressionen**

*Thomas Berger, Timo Stolz & Ava Schulz*

### **Zusammenfassung**

Das Spektrum internetbasierter psychologischer Behandlungsangebote bei psychischen Problemen und Erkrankungen bewegt sich zwischen webbasierten Selbsthilfeprogrammen, die das Internet als Informationsmedium verwenden, und Email-, Chat- und Video-Therapien, in welchen das Internet zu Kommunikationszwecken zwischen Hilfesuchenden und Professionellen genutzt wird. Dieser Beitrag fokussiert auf eine Beratungs- und Therapieform, die die Möglichkeiten des Internets als Informations- und Kommunikationsmedium in sogenannten geleiteten Selbsthilfeansätzen kombiniert. Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze, in welchen Klienten während der Bearbeitung eines Selbsthilfeprogramms von Therapeuten via Internet (z.B. Email) unterstützt werden, wurden in den letzten Jahren intensiv erforscht. Im Bereich von Angststörungen und Depressionen liegen besonders viele Studien vor. Verschiedene Forschergruppen haben hier in der Regel große Behandlungseffekte gefunden, die mit der Wirkung von Face-to-Face-Therapien vergleichbar sind. In diesem Beitrag wird der geleitete Selbsthilfeansatz dargestellt und die empirische Evidenz diskutiert.

### **Schlüsselwörter**

Internet, Selbsthilfe, Geleitete Selbsthilfe, Internetbasierte Psychotherapie, Angststörungen, Depression

### **Abstract**

The spectrum of internet-based psychological treatments ranges between 1) web-based self-help programs that use the Internet as an information medium, and 2) e-mail, chat and video therapies using the Internet for communication between help-seekers and professionals. This paper focuses on a treatment format that combines the potential of the Internet as an information and communication medium in so called guided self-help approaches. Internet-based guided self-help approaches, in which the presentation of a web-based self-help program is combined with minimal but regular therapist contact, have been evaluated in numerous controlled trials for a range of clinical conditions including anxiety disorders and depression. This paper illustrates the internet-based guided self-help approach and summarizes the empirical evidence.

### **Keywords**

Internet, self-help, guided self-help, Internet-based psychotherapy, anxiety disorders, depression

### **AutorInnen**

- **Thomas Berger, Timo Stolz & Ava Schulz**
- Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern
- **Kontakt:** Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. Thomas Berger  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
<mailto:thomas.berger@ptp.unibe.ch>

## **1. Einleitung**

In den letzten Jahren wurde ein breites Spektrum internetbasierter psychologischer Interventionen bei psychischen Problemen und Erkrankungen entwickelt und erforscht. Ein Problem mit der bestehenden Literatur ist, dass teils unterschiedliche Begriffe für ähnliche Interventionen verwendet werden und umgekehrt auch, vielleicht noch verwirrender, dieselben Begriffe für unterschiedliche Interventionen im Gebrauch sind (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). Dies führt dazu, dass in Diskussionen und Medienberichten zu internetbasierten Therapie- und Beratungsansätzen oft nicht zwischen verschiedenen Ansätzen unterschieden wird und Argumente und Studienergebnisse, die eigentlich nur für bestimmte Online-Ansätze geltend gemacht werden können, übergeneralisierend auf den gesamten Bereich von Online-Beratung und -Therapie übertragen werden. Gerade wenn es um die Einschätzung der Wirksamkeit dieser neuen Therapie- und Beratungsformate geht, ist aber eine Differenzierung wichtig. Das Spektrum der empirischen Evidenz reicht nämlich je nach Ansatz von „noch wenig untersucht“ bis zu „sehr gut untersucht“ und von durchschnittlich kleinen bis zu durchschnittlich großen Behandlungseffekten. Oft wird gefragt, ob internetbasierte Beratungs- und Therapieansätze wirksam sind. Jede Antwort darauf verallgemeinert in etwa so, als ob gefragt worden wäre, ob Medikamente - alle Medikamente - wirksam sind. Das Internet ist letztlich nur ein Medium und entscheidend für die Wirksamkeit ist, welche Inhalte dieses Medium transportiert. Im Folgenden sollen zunächst verschiedene internetbasierte Ansätze grob unterschieden werden, um anschließend vertiefter auf die sogenannte internetbasierte geleitete Selbsthilfe einzugehen. Diese Interventionsform ist bisher deutlich am besten erforscht. Wo in den Medien verkündet wird, dass Internettherapie wirksam sei, (oder gleich wirksam wie traditionelle Psychotherapie,) bezieht man sich meistens auf Studien zu internetbasierten geleiteten Selbsthilfeansätzen.

## **2. Unterscheidung internetbasierter psychologischer Interventionen**

Internetbasierte psychologische Interventionen lassen sich auf verschiedenen Ebenen unterscheiden (Barak et al., 2009; Berger & Andersson, 2009; Klein & Berger, 2013). In diesem Beitrag wird davon ausgegangen, dass das Medium Internet einerseits zu Kommunikations- und andererseits zu Informationsvermittlungszwecken verwendet werden kann. Es gibt internetbasierte Beratungs- und Therapieformen, die das Internet ausschließlich als Kommunikationsmedium verwenden, indem sie zum Beispiel via Email-, Chat- oder Videokonferenzsysteme stattfinden. Diese Angebote unterscheiden sich von traditionellen Face-to-Face-Ansätzen darin, dass sie auf Distanz erfolgen und teils rein textbasiert sind. Daneben existieren webbasierte Selbsthilfeprogramme, die das Internet nur als Informationsmedium verwenden und die von den Nutzern alleine und ohne therapeutische Unterstützung bearbeitet werden. Das ist mit bibliothераpeutischen Ansätzen vergleichbar, wobei solche Angebote oft interaktiver ausgestaltet werden können als Selbsthilfebücher und oft auch Audio- und Videobeiträge enthalten (Klein & Berger, 2013). Schließlich existieren die erwähnten geleiteten Selbsthilfeansätze, die beide Möglichkeiten kombinieren und das Internet als Kommunikations- *und* als Informationsmedium nutzen. Geleitete Selbsthilfeansätze unterscheiden sich von ungeleiteten Selbsthilfeinterventionen durch die regelmäßige Unterstützung, die Klienten

während der Arbeit mit einem Selbsthilfeprogramm von Gesundheitsfachleuten erhalten (Andersson, 2009; Berger & Caspar, 2011).

Die drei genannten Ansätze haben sich unterschiedlich entwickelt und sind unterschiedlich gut erforscht. So wurden internetbasierte geleitete und ungeleitete Selbsthilfeansätze bisher vor allem in universitären Settings entwickelt und zunächst ausschließlich zu Forschungszwecken eingesetzt (Andersson, 2009). Entsprechend sind diese Ansätze zwar gut erforscht, aber noch wenig in die Versorgungspraxis integriert. Demgegenüber sind Email-, Chat- oder Skype-Therapien primär in der Praxis entstanden: TherapeutInnen und BeraterInnen haben hier mit der technischen Entwicklung Schritt gehalten und angefangen, mit ihren Klienten teilweise oder vollständig via Email, Chat oder Skype zu kommunizieren (Eichenberg, Blokus & Brähler, 2010). Email-, Chat- oder Skype-Therapien haben also schon in der Versorgung Fuß fassen können, sind dafür aber noch wenig erforscht. So existieren beispielsweise im Bereich der Depressionsbehandlung je eine größere kontrollierte Studie zu einer Email-Therapie (Vernmark et al., 2010) und einer Chat-Therapie (Kessler et al., 2009), doch obwohl beide Studien sehr vielversprechende Ergebnisse zeigen, ist mehr Forschung in diesem immer wichtiger werdenden Praxisfeld noch dringend nötig.

Im Gegensatz zu Email- oder Chat-Therapien sind internetbasierte ungeleitete Selbsthilfeprogramme deutlich besser erforscht: Verschiedene Metaanalysen verweisen inzwischen darauf, dass ungeleitete Selbsthilfeprogramme im Vergleich zu Wartelistenkontrollgruppen insbesondere bei Angststörungen und Depressionen wirksam sind (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2011; Spek et al., 2007). Die über verschiedene Studien hinweg gemittelten Effekte sind allerdings nur klein, was vor allem daher rührt, dass ungeleitete Selbsthilfeprogramme oft hohe Abbrecherquoten bzw. eine geringe Adhärenz aufweisen (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2011; Spek et al., 2007). Werden in den Analysen nämlich nur Teilnehmer berücksichtigt, die das Selbsthilfeprogramm vollständig bearbeitet haben, sind die Effekte in der Regel deutlich höher (Meyer et al., 2009). Von ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen scheint also ein Teil der Teilnehmer gut profitieren zu können, während ein anderer Teil die Intervention frühzeitig abbricht. Deutlich geringere Abbrecherquoten und größere Effekte werden in der Regel für geleitete Selbsthilfeprogramme gefunden, auf die nun eingegangen wird.

### **3. Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze**

In internetbasierten geleiteten Selbsthilfeansätzen werden Klienten während der Arbeit mit einem webbasierten Selbsthilfeprogramm von Therapeuten unterstützt. Im Gegensatz zu frühen geleiteten Selbsthilfeansätzen, die noch mit Selbsthilfebüchern und wöchentlichen telefonischen Kontakten realisiert wurden (z.B. Kahn & Baker, 1968), haben Therapeuten in den internetbasierten Ansätzen sogenannte „Therapeuten-Cockpits“: Dort können sie mitverfolgen, wie ihre Klienten mit dem Selbsthilfeprogramm arbeiten und daraufhin gezielt Feedback geben. Für geleitete Selbsthilfeansätze wird manchmal auch der Begriff „minimal contact“-Therapien verwendet (Newman, Erickson, Przeworski & Dzus, 2003), womit auf die Tatsache verwiesen wird, dass das Ausmaß des therapeutischen

Kontaktes im Vergleich zu Face-to-Face- oder Email- und Chat-Therapien reduziert ist, weil ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit an das webbasierte Selbsthilfeprogramm delegiert wird. Im Folgenden wird zunächst auf die beiden Komponenten dieses Ansatzes, die webbasierten Selbsthilfeprogramme und die therapeutische Unterstützung, konkreter eingegangen. Danach soll die empirische Evidenz zusammengefasst werden.

### 3.1 Webbasierte Selbsthilfeprogramme in geleiteten Selbsthilfeansätzen

Die meisten der bisher evaluierten Selbsthilfeprogramme, die im Rahmen von geleiteten Selbsthilfeansätzen eingesetzt wurden, basieren auf empirisch validierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen. Sie sind meist in verschiedene Module oder Lektionen aufgeteilt, die sequenziell und oft auch in vorgegebenen Zeiten, zum Beispiel ein Modul pro Woche, bearbeitet werden sollen. In Tabelle 1 sind die Inhalte eines solchen Programms am Beispiel eines webbasierten Selbsthilfeprogramms für verschiedene Angststörungen aufgeführt (Berger, Boettcher & Caspar, in press). Wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, werden Patienten nach einer motivationalen und psychoedukativen Lernphase angeleitet, wichtige Komponenten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle von Angststörungen wie z.B. negative Gedanken, körperliche Komponenten, Aufmerksamkeitsprozesse und Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten zu identifizieren und zu beeinflussen. Im Verlauf der Nutzung des Programms sollen die Patienten das erarbeitete Wissen und die aufgebauten Fähigkeiten immer stärker in den Alltag integrieren und zum Beispiel In-Vivo-Expositionen planen und durchführen. Das Durchführen von Übungen in der Realität ist ein wichtiger Aspekt von internetbasierten Angstprogrammen, da diese Interventionen Vermeidungsverhalten nicht verstärken sollen. Die Patienten sollen durch die Verwendung des Programms nicht mehr Zeit zu Hause vor dem Computer verbringen, sondern hinausgehen und sich vermehrt mit angstausslösenden Situationen konfrontieren. Unter Anleitung des Selbsthilfeprogramms und mit therapeutischer Unterstützung gelingt dies nach unserer Erfahrung vielen Patienten gut (Berger, Caspar et al., 2011; Berger, Hohl & Caspar, 2009).

Modul 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivationsarbeit (z.B. Erarbeiten von Gründen, die für die Arbeit an den Ängsten sprechen; Definieren von individuellen Zielen)</li> <li>• Einführen eines Online Angsttagebuchs</li> <li>• Einführung in die angewandte Entspannung</li> </ul>
Modul 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation: Informationen zu Angst und Angststörungen. Erklären von wichtigen aufrechterhaltenden Faktoren von Angststörungen und Vermitteln wichtiger Komponenten des kognitiv-behavioralen Behandlungsansatzes (z.B. negative Gedanken, Vermeidungsverhalten, Aufmerksamkeitsprozesse, Sicherheitsverhalten).</li> <li>• Informationen zum Behandlungsrationale</li> <li>• Entwicklung eines eigenen individuellen Erklärungsmodells der Angst</li> <li>• Angewandte Entspannung 2. Schritt</li> </ul>
Modul 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Restrukturierung: Identifizieren und Hinterfragen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>dysfunktionaler negativer Gedanken und Annahmen.</li> <li>• Einführen eines Online Gedankentagebuchs</li> <li>• Angewandte Entspannung 3. Schritt</li> </ul>
Modul 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen und Übungen zur Reduktion der selbstfokussierten Aufmerksamkeit</li> <li>• Achtsamkeitsübungen</li> <li>• Angewandte Entspannung 4. Schritt</li> </ul>
Modul 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposition und Verhaltensexperimente: Planen und Durchführen von In Vivo Expositionen</li> <li>• Einführen eines Online Expositionstagebuchs</li> <li>• Sorgenkonfrontation, Einführen eines Grübelstuhls</li> <li>• Angewandte Entspannung 5. Schritt</li> </ul>
Modul 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung und Repetition:</li> <li>• Weiterführen von In Vivo Expositionen und Verhaltensexperimenten</li> </ul>
Modul 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zur Rolle von Stress und gesundheitsförderlichem Verhalten bei Angststörungen</li> <li>• Problemlösetraining</li> </ul>
Modul 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung</li> <li>• Informationen zur Rückfallprävention</li> </ul>

Tabelle 1: Inhalte eines webbasierten Selbsthilfeprogramms zur Behandlung verschiedener Angststörungen (Berger et al., in press).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze scheinen sich aufgrund der starken Strukturierung, Standardisierung, Direktivität und des hohen Anteils an psychoedukativen Elementen für die Vermittlung via Internet gut zu eignen. Inzwischen existieren aber auch Studien zu internetbasierten psychodynamisch ausgerichteten geleiteten Selbsthilfeansätzen (Andersson, Paxling, Roch-Norlund et al., 2012; Johansson et al., 2013), zu Interventionen, die auf der Interpersonellen Psychotherapie basieren (Donker et al., 2013), oder zu Programmen, die einen eher integrativen Ansatz verfolgen (Meyer et al., 2009; Berger, Haemmerli, Gubser, Andersson & Caspar, 2011; Moritz, Schilling, Hauschildt, Schroder & Treszl, 2012).

Im Weiteren wurden in jüngerer Zeit neben störungsspezifisch ausgerichteten Programmen auch störungsübergreifende Interventionen entwickelt und evaluiert. Ein Beispiel ist das in Tabelle 1 erwähnte Programm, welches auf verschiedene Angststörungen ausgerichtet ist, und in welchem die präsentierten Inhalte je nach vorhandener Angststörung und vorhandenen komorbiden Problemen und Störungen individuell angepasst werden können (Berger et al., in press). Ähnliche, sogenannte individuell-maßgeschneiderte Programme wurden auch von einer schwedischen Forschungsgruppe entwickelt und erforscht (Carlbring et al., 2011; Johansson et al., 2012). Andere Beispiele für störungsübergreifende Ansätze sind internetbasierte transdiagnostische Ansätze bei Depressionen und Angststörungen (Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland & Berking, 2013; Titov, Andrews, Johnston, Robinson & Spence, 2010; Titov et al., 2011).

Die webbasierten Selbsthilfeprogramme unterscheiden sich auch darin, wie die Inhalte vermittelt werden. Es gibt ganz einfache Programme, die mit

Selbsthilfebüchern vergleichbar sind und in welchen einzelne Kapitel oder Module in Form von PDF-Dokumenten vermittelt werden (Andersson et al., 2008). Ihnen gegenüber stehen sehr komplexe Selbsthilfeprogramme, wie das im deutschen Sprachraum entwickelte Programm *deprexis* (<http://www.deprexis.de>), in welchem die Inhalte in Form von Dialogen vermittelt werden, die in Abhängigkeit von Nutzereingaben individuell an Nutzerbedürfnisse und Präferenzen angepasst werden (Meyer et al., 2009).

Viele dieser Programme beinhalten auch die Möglichkeit, dass sich die Nutzer gegenseitig in Diskussionsforen austauschen und unterstützen können. In von uns entwickelten Angstprogrammen können die Nutzer den anderen Teilnehmern eigene Beiträge aus den Online-Tagebüchern anonymisiert zugänglich machen, wie beispielsweise die selbstverfassten Protokolle zu In-Vivo-Expositionen (Berger & Caspar, 2008; Berger et al., 2009). Ein möglicher Vorteil solcher partizipativ-kollaborativer Elemente ist, dass damit die Glaubwürdigkeit des dargebotenen Materials erhöht wird. Wenn die Patienten von den anderen Teilnehmern lesen, mit welchen Situationen sie sich konfrontiert haben, kann dies glaubwürdiger wirken, als wenn Therapeuten den Patienten Vorschläge für Verhaltensexperimente machen. Qualitative Analysen von Einträgen in die Diskussionsforen zeigen auch, dass im Rahmen des gegenseitigen Austausches oft Wirkfaktoren realisiert werden, die aus Gruppentherapien bekannt sind (z.B. Normalisierung, Erlebnis des Nichtalleinseins mit den Problemen, Lernen von anderen, Perspektivenwechsel, Altruismus, anderen eine Hilfe sein können, gegenseitige Motivation; Berger, 2011).

### **3.2 Therapeutische Unterstützung in geleiteten Selbsthilfeansätzen**

Neben dem Selbsthilfeprogramm beinhalten geleitete Selbsthilfeansätze einen regelmäßigen Kontakt mit Therapeuten. In den meisten internetbasierten Ansätzen erfolgt der gegenseitige Austausch via E-Mail bzw. in einem in die passwortgeschützte Selbsthilfeplattform integrierten Nachrichtensystem. Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze unterscheiden sich bezüglich der Intensität des therapeutischen Kontaktes. Es gibt *low-intensity guidance* Ansätze, in welchen die Nachrichten der Therapeuten vor allem darauf abzielen, die Klienten für die selbständige Arbeit mit dem Selbsthilfematerial zu motivieren und gegebenenfalls Fragen zu klären (Titov, 2011).

Eine typische Nachricht eines Therapeuten beinhaltet hier vor allem Anerkennung des Geleisteten und Verstärkung (z.B. *„Ich habe mich gefreut zu sehen, dass Sie die ersten beiden Sitzungen des Selbsthilfeprogramms durchgearbeitet und die Hausaufgaben erfolgreich gemacht haben. Ganz toll!“*) und Hinweise auf das weitere Vorgehen (z.B. *„Gerne können Sie nun mit der dritten Sitzung beginnen, in welcher es um das Identifizieren und Hinterfragen negativer Gedanken geht“*; Berger, Caspar et al., 2011).

Diese kurzen Feedbacknachrichten werden oft regelmäßig, meist genau wöchentlich geschrieben, um den Klienten auch eine gewisse zeitliche Struktur zu geben. Oft wird den Klienten auch ermöglicht, Fragen zu stellen oder Nachrichten zu schreiben. Nicht selten beziehen sich diese Nachrichten weniger auf die therapeutischen Inhalte der Selbsthilfeprogramme als vielmehr auf

Schwierigkeiten, das Selbsthilfeprogramm und die Hausaufgaben bzw. Übungen in der vorgegebenen Zeit durchzuarbeiten.

Eine nicht untypische Nachricht ist zum Beispiel: *„Ich schaffe einfach nicht, was ich mir vorgenommen hatte bzw. was ich diese Woche im Programm und auch sonst erledigen wollte. Die Übungen habe ich nicht gemacht, im Haushalt habe ich nichts erledigt und die dreimal Sport habe ich auch nicht geschafft. Es ist schrecklich. Und mein Freund sagt, dass sei ja nicht so schlimm. Inzwischen beklagt er sich über mein Jammern. Ich bin grad demotiviert und alles ist zu viel. Ich werde die Übungen wahrscheinlich nächste Woche auch nicht schaffen. Haben Sie mir einen Tipp?“*

Wie mit solchen Fragen umgegangen wird bzw. was Therapeuten darauf antworten, hängt natürlich stark von den zugrunde gelegten therapeutischen Konzepten ab. In unseren eigenen Programmen werden die Therapeuten inzwischen angehalten, sich anlehnend an die sogenannte Plananalyse zunächst Überlegungen zu wichtigen zugrunde liegenden Motiven und Bedürfnissen bzw. Plänen der Klienten zu machen (Caspar, 2007; Caspar, 1984). Eine genauere Darstellung des Konzeptes würde hier zu weit führen; im dargestellten Beispiel könnte man aber hypothetisieren, dass den Aussagen der Klientin letztlich Pläne zugrunde liegen, wie etwa „sorge dafür, dass Dich die Therapeutin nicht überfordert“ (da sie sagt, alles sei zu viel, und vorweg nimmt, dass sie die Übungen nächste Woche auch nicht schafft, etc.) und „werde ernst genommen“ (da sie betont, wie schrecklich und schwierig das sei, und auch bei ihrem Freund jammert). Basierend auf diesen Hypothesen sollte man die Klientin nicht einfach beschwichtigen und ermutigen, die Übungen nächste Woche trotzdem durchzuführen, denn damit würde sich die Klientin nicht ernst genommen und zudem weiter überfordert fühlen. Vielmehr ist ratsam, sich sogenannt komplementär oder motivorientiert mit der Klientin in Beziehung zu setzen (Caspar, 2007; Caspar, Grossmann, Unmussig & Schramm, 2005; Grawe, 1992). Damit ist gemeint, dass die Therapeutin wichtige Motive bzw. Pläne der Klientin, wie „werde ernst genommen“ und „werde nicht überfordert“ befriedigt, welche übrigens durchaus akzeptabel und für sich genommen nicht dysfunktional sind.

In diesem Fall könnte man z.B. antworten: *„Vielen Dank für Ihre Nachricht. Ich habe verstanden, dass Sie sehr belastet sind, momentan alles zu viel ist und ich finde es gut, dass Sie mir das so offen schreiben. Beim Lesen Ihrer Nachricht kam mir zunächst das Bild eines sehr großen Berges von Dingen, die zu erledigen sind oder die Sie erledigen möchten. Und mit den Übungen und Aufgaben, die wir letzte Woche besprochen und die Sie sich vorgenommen haben, haben wir zusätzlich zu diesem Berg beigetragen. Was Sie mir geschrieben haben ist wichtig und Sie sollten mir auch in Zukunft schreiben, wenn ich Sie mit den Aufgaben überfordere. Kann ich darauf zählen, dass Sie mir auch weiterhin sofort schreiben, wenn ich Sie mit einer Aufgabe überfordere? Auch für nächste Woche ist wichtig, dass Sie zu große Schritte vermeiden. Kleine Schritte sind wichtig. Könnten Sie sich vorstellen zu überlegen, was realistische kleine Schritte wären?“*

Man würde der Klientin also sehr aktiv zeigen, dass man sie ernst nimmt und nicht überfordern wird. Die Therapeutin fordert die Klientin sogar auf, sich sofort zu melden, wenn es zu viel wird. Die Annahme dahinter ist, dass die Klientin sich

eher auf kleine Schritte einlassen kann, wenn dem für die Therapie nicht förderlichen Verhalten (z.B. Jammern und Verdeutlichen, dass alles zu viel ist) die motivationale Basis genommen wird.

Den kurzen Nachrichten der TherapeutInnen können also durchaus vertiefte therapeutische Überlegungen und individuelle Analysen zugrunde liegen. Trotzdem beträgt der zeitliche Aufwand der Therapeuten in diesen *low-intensity guidance* Ansätzen, in welchen die therapeutischen Nachrichten vor allem auf die Motivation und Stärkung der Adhärenz abzielen, in einer zehnwöchigen Behandlung im Schnitt nur etwa zwei bis drei Stunden pro Patient (Berger, Haemmerli et al., 2011; Berger et al., 2009). Im Vergleich zu einer Face-to-Face Therapie wird der zeitliche Aufwand der Therapeuten also um etwa das Vier- bis Fünffache reduziert. Trotzdem kann diese Behandlungsform für PatientInnen sehr intensiv sein: In einigen Studien verbrachten sie durchschnittlich zwei Stunden pro Woche mit der Bearbeitung des Selbsthilfematerials (Berger et al., in press). Neben *low-intensity guidance* Ansätzen existieren auch *high-intensity guidance* Ansätze, in welchen die Therapeuten mit den Patienten intensiver im Austausch stehen und analog zu E-Mail-Therapien auch stärker inhaltlich individuell-therapeutisch arbeiten. Zu diesen intensiver betreuten Interventionen gehört der sogenannte Interapy-Ansatz, der ursprünglich zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt wurde, inzwischen aber bei auch bei anderen Störungen wie der Depression eingesetzt und erforscht wird (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Preschl, Maercker & Wagner, 2011; Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan & Emmelkamp, 2012; Wagner, Horn & Maercker, in press). In diesem Ansatz erhalten die Patienten unter anderem verschiedene strukturierte Schreib- und Hausaufgaben. Sie werden zum Beispiel in einer ersten Behandlungsphase gebeten, einen Essay zu schreiben, wann sie in der Vergangenheit depressive Symptome erlebt haben und ob es Ursachen oder auslösende Ereignisse für die negativen Gefühle und Gedanken gab (Wagner & Lange, 2008). Auf diese Schreibaufgaben erhalten die Klienten von Therapeuten individuell und detailliert Rückmeldung. Ganz grundsätzlich wird in *high-intensity guidance* Ansätzen der Fokus stärker auf das gemeinsame Erarbeiten der Inhalte der Intervention gelegt. So überlegen zum Beispiel Patienten und Therapeuten gemeinsam, wie negative Gedanken in der Realität bzw. mit einem Verhaltensexperiment überprüft werden können (Wagner & Lange, 2008). In Abhängigkeit der Erfahrung mit diesem internetbasierten Ansatz betrug der zeitliche Aufwand der Therapeuten in einer kürzlich veröffentlichten Studie zur Behandlung der Depression zwischen 20 und 50 Minuten pro Woche in einer achtwöchigen Intervention (Wagner et al., in press).

### **3.3 Empirische Evidenz zu geleiteten Selbsthilfeansätzen**

Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze wurden inzwischen in über 100 Studien erforscht und in mehreren systematischen Reviews und Metaanalysen zusammengefasst (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008; Hedman, Ljotsson & Lindefors, 2012). Ganz allgemein wurde in diesen Studien und Metaanalysen gezeigt, dass internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze bei verschiedenen Störungen – insbesondere bei Angststörungen und Depression – wirksam sein können, und das mit Effektstärken, die mit den Effekten von Face-to-Face-Psychotherapie



vergleichbar sind. In einzelnen Störungsbereichen, wie zum Beispiel der Sozialen Angststörung liegen inzwischen über 20 kontrollierte randomisierte Studien von mehreren unabhängigen Forschergruppen vor, in welchen sehr konsistent große Behandlungseffekte im Vergleich zu Wartelistenkontrollgruppen gefunden wurden (für eine Übersicht siehe Boettcher, Carlbring, Renneberg & Berger, 2013). In direkten Vergleichen zwischen internetbasierten geleiteten Selbsthilfeansätzen und Face-to-Face-Psychotherapie konnten bei verschiedenen Angststörungen und Depression bisher keine Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen gefunden werden (Carlbring et al., 2005; Hedman et al., 2011; Kiropoulos et al., 2008; Wagner et al., in press). In der oben bereits erwähnten Studie zu einem *high-intensity guidance* Ansatz zur Behandlung der Depression wurde zum 3-Monate Follow-Up Messzeitpunkt gar eine Überlegenheit der internetbasierten im Vergleich zu einer Face-to-Face Therapie gefunden (Wagner et al., in press).

Insgesamt scheinen also geleitete Selbsthilfeansätze wirksam zu sein, wobei einschränkend erwähnt werden muss, dass die meisten dieser Studien mit selbstselegierten Stichproben durchgeführt wurden. Die Studienteilnehmer wurden meist über Annoncen, Zeitungsberichte oder Internetseiten aus der Bevölkerung rekrutiert, was bedeutet, dass sich die positiven Ergebnisse möglicherweise nur auf Patienten generalisieren lassen, die sich gezielt für den internetbasierten Ansatz entscheiden und hierfür möglicherweise besonders geeignet und motiviert sind. In jüngerer Zeit wurden aber vermehrt sogenannte Effectiveness-Studien durchgeführt, in welchen die Wirksamkeit internetbasierter geleiteter Selbsthilfeprogramme im Rahmen der Routinepraxis untersucht wurde. Auch in der routinemäßigen Anwendung wurden bisher vergleichbar vielversprechende Ergebnisse gefunden wie in den Studien in Forschungssettings (für eine Übersicht siehe Andersson & Hedman, 2013), wobei die Patienten auch in den naturalistischen Studien zumindest zustimmen mussten, eine internetbasierte Intervention zu nutzen. Diesbezüglich haben sich aber gerade in Ländern, in welchen internetbasierte Ansätze intensiv erforscht und teilweise in die Regelversorgung integriert sind, die Präferenzen der Patienten in den letzten Jahren verändert. Von einer in diesem Bereich sehr bekannten schwedischen Forschungsgruppe wird berichtet, dass in einigen Untersuchungen inzwischen mindestens die Hälfte der Patienten, die in Stockholm die Psychiatrie aufsuchen oder dorthin verwiesen werden, den internetbasierten Ansatz der Face-to-Face-Therapie vorziehen (Berger, 2013; Hedman et al., 2011).

Wenig ergiebig war bisher die Forschung zur Frage, bei welchen Patienten internetbasierte geleitete Selbsthilfeprogramme besonders erfolgsversprechend sind und bei welchen nicht. Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstand haben sich bisher nicht als Prädiktoren des Therapieerfolgs erwiesen. Im Bereich Depression und Soziale Angststörung gibt es Hinweise, dass Patienten, die zu Beginn schwerer belastet waren, besonders gut von internetbasierten geleiteten Selbsthilfeansätzen profitieren (Bower et al., 2013; Nordgreen et al., 2012). Das könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass sich schwerer belastete Patienten im Verlauf einer Therapie hinsichtlich ihrer Symptomatik auch stärker verbessern können als leichter belastete. Andererseits gibt es Hinweise, dass sich eine höhere Ausgangsbelastung positiv auf die Adhärenz auswirkt (Calear, Christensen, Mackinnon & Griffiths, 2013): Anders ausgedrückt nutzen Personen mit hohem Leidensdruck die internetbasierten

Selbsthilfeprogramme besonders intensiv, was sich wiederum positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken kann. Im Weiteren wurde gefunden, dass sich relativ früh im Therapieprozess zeigen kann, ob ein internetbasierter geleiteter Selbsthilfeansatz vielversprechend ist oder nicht. In einer eigenen Studie zu diesem Ansatz bei Sozialen Angststörungen erklärte die Aktivität der Patienten im Selbsthilfeprogramm während der ersten Woche der Behandlung relativ viel Erfolgsvarianz (Berger et al., 2011). Die Messung der Aktivität im Selbsthilfeprogramm, zum Beispiel anhand der Anzahl der Mausclicks, könnte also in Zukunft genutzt werden, um Non-Responder im Rahmen eines Stepped-Care-Modells frühzeitig einer traditionellen Therapie von Angesicht zu Angesicht zuzuweisen (Berger & Caspar, 2011).

Eine häufige Frage im Zusammenhang mit internetbasierten Interventionen ist, ob auch via Internet eine gute Therapiebeziehung aufgebaut werden kann. In verschiedenen Studien wurde bisher gefunden, dass die therapeutische Beziehung in internetbasierten geleiteten Selbsthilfeprogrammen von den Patienten im Schnitt als gut bzw. vergleichbar gut wie in Face-to-Face-Therapien eingeschätzt wird (für eine Übersicht siehe Klasen, Knaevelsrud & Böttche, 2013). Auch über das Internet und auch mit reduziertem Therapeutenkontakt kann also eine gute Therapiebeziehung aufgebaut werden. Weniger klar ist allerdings, ob die Güte der Therapiebeziehung wie in Face-to-Face-Therapien mit dem Therapieerfolg zusammenhängt. Tendenziell wurden bisher in *high-intensity guidance* Ansätzen eher Zusammenhänge gefunden (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Preschl et al., 2011) als in *low-intensity guidance* Ansätzen (Andersson, Paxling, Wiwe et al., 2012). In unserer eigenen Forschung haben wir wiederholt festgestellt, dass die Therapiebeziehung in geleiteten Selbsthilfeansätzen unter differenziellen Gesichtspunkten betrachtet werden sollte: Auf der einen Seite gibt es Patienten, die in geleiteten Selbsthilfeansätzen viel Kontakt mit Therapeuten einfordern und bei denen die Qualität der Therapiebeziehung eine wichtige Rolle spielt; auf der anderen Seite gibt es auch Patienten, die von sich aus kaum Kontakt suchen und sich trotzdem erfolgreich mit dem Selbsthilfeprogramm helfen können (Berger & Caspar, 2011). Die Therapeutin und die Therapiebeziehung scheint also nicht bei allen Patienten gleich wichtig zu sein. Ein Vorteil von geleiteten Selbsthilfeansätzen ist, dass die Patienten selbst mitbestimmen können, wie viel Kontakt und Unterstützung sie von Therapeuten erhalten möchten.

#### **4. Diskussion**

Internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze haben sich bisher bei verschiedenen Störungsbildern konsistent als wirksam erwiesen. Im Vergleich zu ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen sind sie mit geringen Abbrecherquoten und höheren Effekten verbunden. Die gute Wirkung ist wahrscheinlich weniger auf das Medium Internet zurückzuführen als auf die Tatsache, dass dieser Ansatz grundsätzlich ein wirksames Therapieformat ist. Auch geleitete Selbsthilfeinterventionen, wie sie früher mit Selbsthilfebüchern und kurzen telefonischen Kontakten mit Therapeuten realisiert wurden, haben sich in Metaanalysen als ähnlich wirksam erwiesen wie Face-to-Face-Therapien (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010). Das Internet als Informationsvermittlungs- und

Kommunikationsmedium erweist sich heute schlicht als ideal, um den Ansatz zu realisieren.

Trotz der vielen Forschung und den vielversprechenden Resultaten sind geleitete Selbsthilfeansätze zumindest im deutschen Sprachraum noch nicht im Versorgungssystem angekommen. Patienten, die eine entsprechende Behandlung suchen, müssen auf eine laufende Studie hoffen, an der sie teilnehmen können. Die Frage, wie die entsprechenden Ansätze in die Regelversorgung integriert werden können, ist noch weitgehend ungeklärt. Eine für Praktiker wichtige Hürde auf dem Weg zur Anwendung ist sicherlich, dass webbasierte Selbsthilfeprogramme entwickelt oder verfügbar sein müssen. Initiativen, Therapeuten und ihren Patienten Zugang zu empirisch-validierten Programmen zu geben, sind erst angelaufen und erfolgen immer noch im Rahmen von Forschungsprojekten, in welchen meist auch die längerfristige Finanzierung entsprechender Ansätze noch ungeklärt bleibt. Vor diesem Hintergrund ist nicht erstaunlich, dass Praktiker sich stärker an Therapien via Email, Chat oder Videokonferenzsystemen orientieren, die weniger Entwicklungsaufwand und technisches Wissen erfordern und unmittelbar realisiert werden können. Ein mögliches Modell wäre allerdings, dass Praktiker selbst damit beginnen, Selbsthilfeprogramme und -materialien zu entwickeln, die in Praktikernetzwerken allen Beteiligten via Internet zur Verfügung gestellt werden könnten. Wenn man bedenkt, dass die vielen als erfolgreich eingeschätzten geleiteten Selbsthilfeinterventionen der schwedischen Gruppe meist mit einfachen PDF-Dokumenten realisiert wurden, könnte der Entwicklungsaufwand begrenzt bleiben (Andersson et al., 2008). Letztlich würden internetbasierte geleitete Selbsthilfeansätze vielen Patienten relativ kostengünstig den Zugang zu einer vielversprechenden psychologischen Behandlung ermöglichen und als Ergänzung zu traditionellen Behandlungsformen mithelfen, dem enormen Bedarf an psychosozialer Versorgung besser gerecht zu werden (Kazdin & Blase, 2011).

## Literatur

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Hollandare, F., Kaldö, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L. & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet: The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 161-181.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Andersson, G. & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*, 23, 140-148.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A., Almlöv, J., Geroeön, L., Breitholz, E., Dahlin, M., Cuijpers, P., Carlbring, P. & Silverberg, F. (2012).

- Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 344-355.
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., Furmark, T., Cuijpers, P. & Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 544-550.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS One*, 5(10), e13196.
- Barak, A., Klein, B. & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17.
- Berger, T. (2011). Web 2.0 - Soziale Netzwerke und Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 12(2), 118-122.
- Berger, T. (2013). Internet-based treatments - experiences from Sweden. An interview with Gerhard Andersson. *Verhaltenstherapie*, 23, 211-214.
- Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 159-170.
- Berger, T., Boettcher, J. & Caspar, F. (in press). Internet-based guided self-help for several anxiety disorders: A randomized controlled trial comparing a tailored with a standardized disorder-specific approach. *Psychotherapy*. Epub ahead of print.
- Berger, T. & Caspar, F. (2008). Von anderen Patienten lernen. Chancen von Web 2.0 für psychotherapeutische Angebote im Internet. *Psychotherapeut*, 53(2), 10-22.
- Berger, T. & Caspar, F. (2011). Internetbasierte Psychotherapie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5, 29-43.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158-169.
- Berger, T., Haemmerli, K., Gubser, N., Andersson, G. & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 251-266.
- Berger, T., Hohl, E. & Caspar, F. (2009). Internet-Based Treatment for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1021-1035.

- Boettcher, J., Carlbring, P., Renneberg, B. & Berger, T. (2013). Internet-based interventions for social anxiety disorder. *Verhaltenstherapie*, 23, 160-169.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S. et al. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ*, 346, f540.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A. & Griffiths, K. M. (2013). Adherence to the MoodGYM program: outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 338-344.
- Carlbring, P., Maurin, L., Torngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E. et al. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 18-24.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V. et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1321-1333.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen eine Einführung in die psychotherapeutischen Plananalyse* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 91-102.
- Caspar, F. M. (1984). *Analyse Interaktioneller Pläne*. Selbstverlag, Rorschach.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. *PLoS One*, 6(6), e21274.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(2), 169-177.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P. et al. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e82.

- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B. & Berking, M. (2013). A Transdiagnostic Internet-Based Maintenance Treatment Enhances the Stability of Outcome after Inpatient Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 246-256.
- Eichenberg, C., Blokus, G. & Brähler, E. (2010, September). *Einstellung von Psychotherapeuten und potenziellen Patienten zu internetbasierten Informations- und Interventionsmöglichkeiten*. Paper presented at the Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychology, Bremen, Deutschland.
- Grawe, K. (1992 ). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger-Verlag.
- Hedman, E., Andersson, G., Ljotsson, B., Andersson, E., Ruck, C., Mortberg, E. & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS One*, 6(3), e18001.
- Hedman, E., Ljotsson, B. & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745-764.
- Johansson, R., Bjorklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljotsson, B. et al. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, e102.
- Johansson, R., Sjoberg, E., Sjogren, M., Johnsson, E., Carlbring, P., Andersson, T. et al. (2012). Tailored vs. standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 7(5), e36905.
- Kahn, M. & Baker, B. (1968). Desensitization with minimal therapist contact. *Journal of Abnormal Psychology*, 73(3), 198-200.
- Kazdin, A. E. & Blase, S. L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S. et al. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374(9690), 628-634.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J. & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1273-1284.

- Klasen, M., Knaevelsrud, C. & Böttche, M. (2013). Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Nervenarzt*, 84(7), 823-831.
- Klein, P. & Berger, T. (2013). Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 23, 149-159.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7(13), 10.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e15.
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schroder, J. & Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 513-521.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A. & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- Nordgreen, T., Havik, O. E., Ost, L. G., Furmark, T., Carlbring, P. & Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(1), 13-21.
- Preschl, B., Maercker, A. & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11, 189.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V. & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS One*, 7(7), e40089.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive-behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 18-23.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 890-899.

- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441-452.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjarehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J. et al. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368-376.
- Wagner, B., Horn, A. B. & Maercker, A. (in press). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*.
- Wagner, B. & Lange, A. (2008). Internetbasierte Psychotherapie "Interapy". In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health* (S.105-102). Berlin: Springer.