

Wie gut ist Online Therapie? Ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse:

Man kann das Blatt drehen und wenden wie man möchte. Irgendwie wird man den Eindruck nicht los, dass Online-Therapie (in der Form wie es im Ausland teilweise erlaubt ist) auch heute noch meistens das Mittel zweiter Wahl ist. Aber ist es das zu Recht? Die folgenden Zeilen sollen einen kritischen Überblick darüber liefern, welche Vor- und welche Nachteile mit Online-Therapie tatsächlich erwiesen wurden. Es wird aber noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die aktuelle Literatur den TeilnehmerInnen des Seminars „Online Beratung“ ausschließlich einen fundierten Überblick über wichtige globale Erkenntnisse liefern soll und nicht den Eindruck vermitteln, dass Online-Therapie per se in Österreich derzeit erlaubt ist. Es gilt nach wie vor, dass in Österreich ausschließlich Online-Beratung erlaubt ist, bei der Methoden der verschiedenen Therapieformen angewendet werden dürfen. (Da Verhaltenstherapie eine sehr wissenschaftlich fundierte Therapiemethode ist, wurde der Fokus hier vor allem auf Studien gelegt, in denen die TherapeutInnen verhaltenstherapeutisch gearbeitet haben.)

Auffällig ist, dass vor allem zwischen 2005 und 2015 das Studiendesign von Studien zu Online-Therapie meist so gewählt wurde, dass Online-Therapie nur mit einer Wartelisten-Gruppe verglichen wurde. Man hat also irgendwie den Eindruck, dass Online-Therapie lange Zeit nur dann als akzeptables Tool eingesetzt wurde, wenn kein Face-to Face Platz zur Verfügung gestanden ist. In einer Meta-Analyse von Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper and Hedman (2014) wurde allerdings bereits Online-Therapie mit Face-to-Face-Therapie verglichen. Es wurden 13 Studien in diese Analyse einbezogen und es zeigte sich tatsächlich, dass Face-to-Face- und Online-Therapie vergleichbare Effekte bewirkten. (Effektgröße von Hedges $g = -.01$ (95% CI = $-.13$ bis $.12$).

Da diese Studie 2014 durchgeführt wurde und seitdem einige neue Studien zu dem Thema veröffentlicht wurden, haben Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018) es sich zum Ziel gesetzt darauf aufbauend eine Meta-Analyse durchzuführen, die auch aktuellere Studien mit einbezieht. Alle inkludierten Studien wurden zwischen 2005 und 2016 veröffentlicht und zusätzlich zu den 13 Studien von Andersson et al. (2014) wurden 7 neue Studien inkludiert. Zehn Studien erhoben Therapie im Einzelsetting und zehn Studien im Gruppensetting.

Die Methoden entsprachen denen der Analyse von Andersson et al., 2014. Die wichtigsten Einschlusskriterien bestanden darin, dass

1. die Online-Therapie von einem/einer TherapeutIn geführt werden musste (nicht einfach eigenständig von den TeilnehmerInnen bearbeitet)
2. mittels einer randomisierten kontrollierten Studie mit einer Face-to-Face-Therapie verglichen wurde
3. und dass die Therapien an Erwachsenen durchgeführt wurden.

Die inkludierten 20 Studien beinhalteten insgesamt 1418 TeilnehmerInnen (731 online, 687 Face-to-Face). Sie wurden in Australien, Finnland, den Niederlanden, Spanien, Schweden, der Schweiz und den USA durchgeführt und die kleinste Studie beinhaltete 26 TeilnehmerInnen, während die größte 201 TeilnehmerInnen beinhaltete.

Die Daten wurden mit dem Cochrane Review Manager analysiert. In der Haupt-Meta-Analyse wurde der Effekt der Online-Therapie im Vergleich zur Face-to-Face-Therapie mit Hilfe der standardisierten Mittelwertsdifferenz nach der Behandlung (Hedges' g) verglichen. Der Unterschied zwischen den Behandlungen wurde also durch die gepoolte Standardabweichung dividiert.

Ergebnisse

Eine gepoolte Effektgröße unter 0 bedeutet einen Vorteil der Online-Therapie und über 0 einen Vorteil der Face-to-Face-Therapie.

Die gepoolte Effektgröße zwischen den Gruppen nach der Behandlung über alle 20 Studien betrug $g=.05$ (95% CI, $-.09$ bis $.20$), was keinen signifikanten Unterschied in eine der beiden Richtungen bedeutet. Über alle Studien hinweg können die Ergebnisse der Online- und der Face-to-Face-Therapie also als gleichwertig angesehen werden.

Zusätzlich wurden auch die einzelnen Störungen separat ausgewertet. Für einige Störungen zeigten sich gewisse Tendenzen in Richtung Online- bzw. Face-to-Face-Therapie, allerdings waren diese Unterschiede nicht statistisch signifikant. Die genauen Werte lassen sich Tabelle 1 entnehmen.

Tabelle 1
Effektgröße inklusive Konfidenzintervall für die einzelnen Störungen. Hedges' g unter 0 bedeutet einen Vorteil für Online-Therapie, über 0 für Face-to-Face-Therapie.

Störung	Hedges' g	95% CI
Soziale Angststörung	$-.16$	$-.47$ bis $.16$
Panikstörung	$.05$	$-.20$ bis $.30$
Depressive Symptome	$-.02$	$-.22$ bis $.19$
Körperunzufriedenheit	$.07$	$-.49$ bis $.62$
Schlafstörung	$.71$	$-.18$ bis 1.60
Tinnitus	$-.09$	$-.43$ bis $.25$
Sexuelle Funktionsstörung bei Männern	$-.14$	$-.58$ bis $.29$
Spinnenphobie	$.43$	$-.30$ bis 1.15
Schlangenphobie	$.67$	$-.17$ bis 1.42
Fibromyalgie	$-.006$	$-.068$ bis $.056$

Fazit

Die vorliegende Meta-Analyse fand gleichwertige Ergebnisse für Face-to-Face- und Online-Therapie. Auch wenn sich keine signifikanten Unterschiede gezeigt haben, ließen sich jedoch abhängig von der jeweiligen Störung Trends in verschiedene Richtungen erkennen.

Ein kleiner (wenn auch nicht signifikanter) Unterschied zugunsten der Face-to-Face-Therapie zeigte sich beispielsweise in den zwei Tierphobien. Dieser Unterschied könnte möglicherweise damit erklärt werden, dass in der Face-to-Face-Therapie reale Stimuli genutzt werden (bspw. eine echte Spinne bzw. eine echte Schlange), was in der Online-Therapie derzeit nur per Text oder Bild möglich ist (Lindner et al., 2015).

Bei der Behandlung von sozialen Angststörungen zeigte sich ein sehr kleiner gegensätzlicher (nicht signifikanter) Trend: die Online-Therapie war etwas effektiver als die Face-to-Face-Therapie. Dies könnte daran liegen, dass für PatientInnen mit sozialer Angststörung eventuell der/die TherapeutIn selbst ein phobisches Objekt darstellt und dadurch der Therapieerfolg im Online-Setting - ohne persönlichen Kontakt mit einem/einer TherapeutIn - etwas höher sein könnte (Carlbring et al., 2018).

Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse sind allerdings mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten. Beispielsweise wurden Gruppen- und Einzeltherapie gemeinsam analysiert. Um genauere Aussagen treffen zu können, wäre es sinnvoll, sich die beiden Arten zusätzlich getrennt voneinander anzusehen (Sandell et al., 2015).

Zudem wurden in der vorliegenden Meta-Analyse keine Langzeiteffekte untersucht, weshalb sich keine Aussagen darüber treffen lassen, ob Online- und Face-to-Face-Therapie auch nach einem längeren Zeitraum noch vergleichbare Ergebnisse zeigen.

Offensichtlich gibt es also durchaus bereits einige Belege dafür, dass Online-Therapie hilfreich und wirksam sein kann. Welche Kriterien machen denn eine gute Online Beratung nun aus?

Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. haben 2017 ein Review über aktuelle Erkenntnisse der Online Therapie bei der Behandlung von psychiatrische Erkrankungen und Krankheiten mit komorbiden psychiatrischen Störungen publiziert. Sie haben zwei Arten der Online-Therapie berücksichtigt:

1. die „von TherapeutInnen geführte Online Therapie“ und
2. die „selbstgesteuerte Therapie“

Die von TherapeutInnen geführte Online-Therapie beinhaltet regelmäßigen Kontakt der TeilnehmerInnen mit TherapeutInnen, zum Beispiel via E-Mail oder Online-Einheiten, während selbstgesteuerte Therapie auf Apps oder Internet-Programmen beruht, die die TeilnehmerInnen selbstständig bearbeiten können (Giosan et al., 2017; Hummel et al., 2017).

Dabei fanden Kumer et al. (2017) unter anderem die zwei folgenden Kriterien, die wesentlich waren für eine erfolgreiche Online-Therapie:

1. Die **Dauer der Online-Therapie**: Es zeigte sich allgemein, dass Online-Therapie etwas mehr Einheiten (mehr Zeit) benötigt ehe sie die gewünschten Erfolge erzielen konnte. In einer Studie von Victor, P., Krug, I., Vehoff, C., Lyons, N., & Willutzki, U. (2018) wurde die Therapeutische Allianz/Therapeutische Beziehung zum Beispiel über das WAI-SR erhoben. Dieses misst die Therapeutische Allianz anhand von drei Aspekten: (a) Übereinkunft bei den Therapieaufgaben (b) Übereinkunft beim Therapieziel und (c) affektive Bindungsqualität (affective bond). Wichtig für Online-TherapeutInnen ist es auf jedem Fall im Hinterkopf zu behalten, dass es länger dauert um eine gute therapeutische Beziehung online herzustellen als im Face-to-Face Setting.
2. Ein weiteres Kriterium war wie erwartet das **Verhalten des/der TherapeutIn**

Paxling et al. (2013) fanden **acht typische Verhaltensweisen von TherapeutInnen** heraus, die besonders wichtig für den Erfolg der Online Therapie waren:

- positive Verstärkung (Lob) für erledigte Aufgaben
- Aufforderung zum Erledigen der Aufgaben
- Selbstwirksamkeit stärken
- empathische Äußerungen
- Flexibilität bezüglich des Abgabetermins wirkt sich negativ auf den Behandlungserfolg aus
- Verbindung stärken (durch Interesse an der persönlichen Lebenssituation der TeilnehmerInnen)
- Psychoedukation
- Selbsteinbringung des/der TherapeutIn

Es zeigte sich, dass positive Verstärkung, Aufforderung zum Erledigen der Aufgaben, Stärken der Selbstwirksamkeit und empathische Äußerungen positiv mit dem Abschluss eines Moduls korrelierten. Zusätzlich korrelierte positive Verstärkung positiv und Flexibilität bezüglich des Abgabetermins negativ mit dem Behandlungserfolg (Paxling et al., 2013).

Online-Therapie kann PatientInnen (vor allem PatientInnen mit Psychosen) dabei helfen, ihre Krankheit besser zu verstehen und soziale Fähigkeiten zu verbessern (Gottlieb et al., 2017). Zudem lässt sich durch Online-Therapie das Stresslevel senken und die Lebenszufriedenheit erhöhen (Casey et al., 2017).

Auch in Bezug auf Schlafstörungen konnte durch Online-Therapie über Smartphone-Apps eine Verbesserung des Schlafs und auch zusätzlicher Symptomen wie Depression und Ängstlichkeit erreicht werden (Horsch et al., 2017).

Besonders kritisch zu betrachten ist diese Erkenntnis aus der Literatur. Wir führen sie aber der Vollständigkeit halber hier im Handout an. Selbstmordgefährdete Personen finden es oft schwer, sich Unterstützung zu suchen - zum Beispiel wegen sozialer Stigmatisierung und auch aus finanziellen Gründen (Mühlmann et al., 2017). Möglicherweise könnte in diesen Fällen Online-Therapie eine gute Lösung sein (Cox & Hetrick, 2017).

Bei Frauen nach der Geburt konnten durch Online-Therapie Ängstlichkeit, depressive Symptome und Stress verringert werden (Lau et al., 2017).

Auch bei Arthrose-PatientInnen konnte Online-Therapie eine Verringerung der Schmerzen, der psychischen Belastung und depressiver Symptome bewirken (O'Moore et al., 2017).

Quellenangaben

Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy, 32*(4), 751-764.

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1-18.

Casey, L. M., Oei, T. P., Raylu, N., Horrigan, K., Day, J., Ireland, M., & Clough, B. A. (2017). Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring, feedback and support for problem gambling: a randomised controlled trial. *Journal of gambling studies, 33*(3), 993-1010.

Cox, G., & Hetrick, S. (2017). Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where?. *Evidence-based mental health, 20*(2), 35-40.

Gawlytta, R., Niemeyer, H., Böttche, M., Scherag, A., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2017). Internet-based cognitive-behavioural writing therapy for reducing post-traumatic stress after intensive care for sepsis in patients and their spouses (REPAIR): study protocol for a randomised-controlled trial. *BMJ open, 7*(2), e014363.

Giosan, C., Cobeanu, O., Mogoșe, C., Szentagotai, A., Mureșan, V., & Boian, R. (2017). Reducing depressive symptomatology with a smartphone app: study protocol for a randomized, placebo-controlled trial. *Trials, 18*(1), 215.

Gottlieb, J. D., Gidugu, V., Maru, M., Tepper, M. C., Davis, M. J., Greenwold, J., ... & Mueser, K. T. (2017). Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis. *Psychiatric rehabilitation journal, 40*(3), 283.

Horsch, C. H., Lancee, J., Griffioen-Both, F., Spruit, S., Fitrianie, S., Neerinx, M. A., ... & Brinkman, W. P. (2017). Mobile phone-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized waitlist controlled trial. *Journal of medical Internet research, 19*(4), e70.

Hummel, S. B., van Lankveld, J. J., Oldenburg, H. S., Hahn, D. E., Kieffer, J. M., Gerritsma, M. A., ... & Lopes Cardozo, A. M. (2017). Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy in improving sexual functioning of breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 35*(12), 1328-1340.

Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. (2017). The effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. *Cureus, 9*(8).

Lau, Y., Htun, T. P., Wong, S. N., Tam, W. S. W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depressive symptoms among postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research, 19*(4), e138.

Lindner, P., Nyström, M. B., Hassmén, P., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Who seeks ICBT for depression and how do they get there? Effects of recruitment source on patient demographics and clinical characteristics. *Internet Interventions*, 2(2), 221-225.

Mühlmann, C., Madsen, T., Hjorthøj, C., Kerkhof, A., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2017). The Self-help Online against Suicidal thoughts (SOS) trial: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 45.

Noguchi, R., Sekizawa, Y., So, M., Yamaguchi, S., & Shimizu, E. (2017). Effects of five-minute internet-based cognitive behavioral therapy and simplified emotion-focused mindfulness on depressive symptoms: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 17(1), 85.

O'moore, K. A., Newby, J. M., Andrews, G., Hunter, D. J., Bennell, K., Smith, J., & Williams, A. D. (2018). Internet cognitive-behavioral therapy for depression in older adults with knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *Arthritis care & research*, 70(1), 61-70.

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 280-289.

Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The POSE study-panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 130.

Victor, P., Krug, I., Vehoff, C., Lyons, N., & Willutzki, U. (2018). Strengths-based CBT: Internet-Based Versus Face-to-Face Therapy in A Randomized Controlled Trial. *J Depress Anxiety*, 7(301), 2167-1044.