



universität
wien

Diplomarbeit

Pathologischer Internetgebrauch und Behandlungsmotivation bezüglich Online-Interventionen

Verfasserin

Michaela Nussdorfer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im August 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Birgit U. Stetina

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen, die zur Entstehung meiner Diplomarbeit betragen haben, bedanken.

Zu Beginn möchte ich Frau Dr. Stetina für ihre Betreuung und die Gelegenheit diese Arbeit verfassen zu dürfen danken. Ebenso geht mein Dank an Mag. Mario Lehenbauer, Mag. Verena Seelmann und Oswald Kothgassner für ihre Unterstützung.

Dankeschön an Barbara Wograndl für die Zusammenarbeit, den Austausch und die gegenseitige Motivation.

Besonderer Dank gilt allen Teilnehmern der Studie, ohne die die Durchführung nicht möglich gewesen wäre, sowie den Betreibern der Webseiten, die den Fragebogen veröffentlicht haben.

Danke an alle, die mir während dieser turbulenten Phase beigestanden, zugehört und mich bestärkt haben.

Ein herzliches Dankeschön gilt dem Team von HHP für seine Flexibilität, vor allem in der letzten Phase meines Studiums.

Vielen, vielen Dank an Marlene für das immer wieder kurzfristige Korrekturlesen, für Deine Synonyme und Motivation und besonders für Deine Freundschaft.

Vielen lieben Dank an meine Familie, meine Eltern, meine Schwester und all den anderen für ihre Unterstützung während meines gesamten Studiums.

Ein riesengroßes Dankeschön geht an Michi für die Hilfe bei der Umsetzung des Fragebogens, aber besonders für Deine Geduld und dafür, dass Du immer für mich da bist.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	1
1	PATHOLOGISCHER INTERNETGEBRAUCH 4
1.1	Definition und Terminologie 5
1.2	Diagnose und Klassifikationsversuche 6
1.3	Erhebungsinstrumente zum Thema pathologischer Internetgebrauch..... 10
1.4	Ätiologie und Aufrechterhaltung von pathologischem Internetgebrauch 12
1.5	Komorbiditäten 15
1.6	Intervention bei pathologischem Internetgebrauch 18
2	ONLINE-INTERVENTION 22
2.1	Definition von Online-Intervention 23
2.1.1	<i>Historischer Abriss</i> 24
2.1.2	<i>Zielgruppen</i> 26
2.1.3	<i>Setting</i> 27
2.2	Qualitätssicherung bei Online-Interventionen 29
2.2.1	<i>Bemühungen in den USA</i> 30
2.2.2	<i>Bemühungen in Europa</i> 31
2.3	Chancen und Herausforderungen..... 33
2.4	Effektivität von Online-Behandlung 39
2.5	Unterschiedliche Angebote von Online-Intervention..... 42
2.5.1	<i>Kognitiv-behaviorale Ansätze</i> 42
2.5.2	<i>Andere Angebote</i> 44
3	BEHANDLUNGSMOTIVATION..... 46
3.1	Definition und Terminologie 47
3.1.1	<i>Motivation und Motive</i> 47
3.1.2	<i>Behandlungsmotivation</i> 48
3.1.3	<i>Veränderungsmotivation</i> 49
3.2	Erhebung von Behandlungsmotivation 49
3.3	Determinanten von Behandlungsmotivation 51

3.3.1	<i>Patientenvariablen</i>	52
3.3.2	<i>Behandlungsvariablen</i>	54
3.3.3	<i>Therapeutenvariable</i>	54
3.4	Strategien zur Förderung von Behandlungsmotivation	56
4	METHODE UNTERSUCHUNGSPLANUNG	59
4.1	Zielsetzung	59
4.2	Fragestellung und Hypothesen	60
4.2.1	<i>Internetnutzung und pathologischer Internetgebrauch</i>	61
4.2.2	<i>Beschwerden und pathologischer Internetgebrauch</i>	63
4.2.3	<i>Online-Interventionen, pathologischer Internetgebrauch und Beschwerden</i>	63
4.3	Untersuchungsinstrumente verwendete Verfahren	66
4.3.1	<i>Internetnutzung</i>	66
4.3.2	<i>Internetsuchtskala (ISS)</i>	67
4.3.3	<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	68
4.3.4	<i>Online-Interventionen</i>	69
4.4	Vorerhebung	70
4.4.1	<i>Durchführung der Vorerhebung</i>	70
4.4.2	<i>Ergebnisse der Vorerhebung</i>	71
5	UNTERSUCHUNGSABLAUF UND -DURCHFÜHRUNG	74
6	ERGEBNISSE	76
6.1	Beschreibung der Stichprobe	76
6.1.1	<i>Geschlecht</i>	78
6.1.2	<i>Alter</i>	79
6.1.3	<i>Herkunftsland</i>	80
6.1.4	<i>Familienstand</i>	82
6.1.5	<i>Wohnsituation</i>	84
6.1.6	<i>Ausbildung</i>	86
6.1.7	<i>Tätigkeit</i>	87
6.1.8	<i>Internutzung</i>	90
6.2	Internetdienste	94
6.3	Internetsuchtskala	96
6.4	Brief Symptom Inventory (BSI)	97
6.5	Einstellung gegenüber Online-Behandlung	100

7	ERGEBNISSE HYPOTHESENPRÜFUNG	101
7.1	Internetnutzung und pathologischer Internetgebrauch	101
7.1.1	<i>Pathologischer Internetgebrauch und demographische Daten</i>	101
7.1.2	<i>Internetnutzung</i>	104
7.1.3	<i>Online-Dienste</i>	104
7.2	Beschwerden und pathologischer Internetgebrauch	107
7.3	Online-Interventionen, pathologischer Gebrauch und Beschwerden	110
8	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	115
8.1	Stichprobe und Internetnutzung	115
8.2	Pathologischer Internetgebrauch	117
8.3	Beschwerden	119
8.4	Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen	120
9	KRITIK UND AUSBLICK	124
10	ZUSAMMENFASSUNG	127
11	ABSTRACTS	131
	LITERATURVERZEICHNIS	134
	TABELLENVERZEICHNIS	148
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	149
	ANHANG	1
	ERKLÄRUNG	5
	CURRICULUM VITAE	6

EINLEITUNG

Das Internet beeinflusst den Menschen in seinem Verhalten und seinen Erfahrungen sowie in seiner Kommunikation (Ott & Eichenberg, 2002). Es entwickelte eine Anziehungskraft wie kaum ein anderes Medium und ist mittlerweile aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken. In der Forschung werden zwei unterschiedliche Standpunkte vertreten. Einerseits wird das Internet als Platz für soziale Interaktionen, interpersonale Entwicklung und emotionale Unterstützung angesehen. Andererseits kann es Auslöser von Stress und Schäden für die psychische Verfassung eines Menschen sein (Huang, 2009). Für die meisten Nutzer ist es mit vielen Vorteilen verbunden (Orzack & Orzack, 1999). Es sind allerdings auch negative Begleiterscheinungen zu beobachten.

Besonders die Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden sowie soziale Effekte von Internetnutzung wurden zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen (Campell, Cumming & Hughes, 2006). Dabei wird pathologischem Internetgebrauch besonderer Stellenwert zugewiesen. Dieser zieht unter anderem negative Folgen in beruflichen, sozialen und psychischen Bereichen nach sich. Wie sich zeigen wird, sind trotz langjähriger Forschung noch einige Fragen in Bezug auf pathologischen Internetgebrauch vor allem hinsichtlich einer einheitlichen Definition, Prävalenzrate, Einordnung in bestehende Klassifikationssysteme, Ätiologie und Behandlung offen. Auch bezüglich der Bezeichnung selbst, herrscht noch Uneinigkeit (Shaw & Black, 2008). In dieser Arbeit wird von pathologischem Internetgebrauch die Rede sein um das Phänomen zu beschreiben. Pathologischer Internetgebrauch bezeichnet eine unkontrollierbare Nutzung mit schädlichen Folgen (Beard & Wolf, 2001). Die erfolglosen Versuche die Nutzung einzuschränken, erzeugen Stress und Beeinträchtigung beim Betroffenen (Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla & McElroy, 2000).

Das Internet bietet Zugang zu einer Fülle an Angeboten und Informationen im Gesundheitsbereich (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005). Zudem findet man im Internet bereits eine Reihe an Angeboten zur Diagnostik, Beratung und Therapie unterschiedlicher Störungen. Gibt man beispielsweise das Wort Online-Behandlung bei der Online-suchmaschine Google ein, so erhält man rund 40.000 Treffer allein im deutschsprachigen Raum. Laszig und Eichenberg (2003) erwarten aufgrund der ständig steigenden Angebote und zunehmender Akzeptanz von Online-Angeboten einen ständigen Zu-

wachs dieser Angebote. Sie sprechen dem Internet großes Potential in der Beratung und Behandlung zu. Denn auch wenn anfangs Skepsis und Angst im Vordergrund standen und Online-Behandlung sogar als Fast-Food-Behandlung bezeichnet wurde, ergibt sich inzwischen ein differenziertes Bild mit Vor- und Nachteilen für alle Beteiligten (Hintenberger & Kühne, 2009). Laszig und Eichenberg (2003) bringen die Vorteile von Online-Intervention kurz und bündig auf den Punkt. Sie sind niederschwellig, zeitnah, kostengünstig und dokumentiert. Nicht zu vergessen sind allerdings auch Fragen nach der Qualität von Online-Angeboten sowie rechtliche Angelegenheiten. Diese werden in Kapitel 2.2 erörtert.

In dieser Arbeit bezieht sich der Begriff Online-Interventionen auf Angebote mit professioneller Begleitung. Zum Vergleich werden immer wieder andere Angebote herangezogen. Wenn von traditioneller oder face-to-face Behandlung die Rede ist, so ist damit eine Behandlungsform gemeint, bei der sich alle Beteiligten physisch am selben Ort befinden. Im Gegensatz dazu können Teilnehmer einer Online-Intervention über weite Distanzen getrennt sein.

Für den Verlauf einer Behandlung spielt Motivation eine entscheidende Rolle. Viele Erkrankungen wurden im Lauf der Jahre behandelt. Dabei wurde mangelnde Therapiemotivation oftmals als gravierendes Problem und Ursache für fehlenden Therapieerfolg erwähnt (Meichenbaum & Turk, 1994). Motivation ist abhängig von unterschiedlichen Faktoren, welche sowohl den Patienten, die Merkmale einer Behandlung als auch den Therapeuten in seiner Rolle als Experte betreffen. Leidensdruck, Erwartungen, Qualität der therapeutischen Beziehung wie auch Rahmenbedingungen sind nur eine Einflussfaktoren. Besonderheiten einer Online-Intervention, allen voran Anonymität und sich daraus ergebende Folgen, können positive Auswirkungen auf die Therapiemotivation eines Patienten haben.

In der vorliegenden Arbeit soll die Einstellung im Hinblick auf Online-Interventionen betrachtet werden. Mithilfe eines Online-Fragebogens wurde das Nutzungsverhalten von Internetnutzern erhoben. Zusätzlich wurde deren Einstellung zu Online-Behandlung erfasst. Zudem wurde auch ein Beschwerdefragebogen vorgegeben. Es sollen Aussagen über Unterschiede zwischen Personen mit und ohne pathologischem Internetgebrauch und Vergleiche hinsichtlich ihrer Einstellung zu Online-Interventionen angestellt wer-

den. Da Personen aus erster Gruppe sich häufig im Internet aufhalten, ist anzunehmen, dass diese im Zuge von Online-Interventionen besonders gut erreichbar sind.

Im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit wird bei personenbezogenen Begriffen auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet. In diesem Fall gilt die gewählte Bezeichnung sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form.

1 PATHOLOGISCHER INTERNETGEBRAUCH

Das Internet entstand in den 60er- und 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts aufgrund akademischer und militärischer Überlegungen, Information und Kommunikation weltweit schnell und einfach zugänglich zu machen (ARD/ZDF-Arbeitsgruppe, 1999; Ellerman, 2007; Young, 2004). Anfangs war es beschränkt auf nur wenige Nutzer (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Erste Funktionen stellten der Austausch von Dateien sowie einfache Kommunikationsprogramme dar (Chanson, 1998). Erst zwanzig Jahre später war das Internet für die breite Öffentlichkeit zugänglich (Ellerman, 2007). Mittlerweile ist es ein fester Bestandteil des Alltags (Bai, Lin & Chen, 2001; Beard & Wolf, 2001; Kheirkhah, Juibary & Gouran, 2010; Whang, Lee & Chang, 2003). Es bietet Information, Kommunikation und Unterhaltung (Tsitsika et al., 2008). Durch die leichte Zugänglichkeit verbreitete es sich rasant (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 2000). Nicht zuletzt aufgrund der vielen Erleichterungen in Alltag und Büro (Petersen, Weymann, Schelb, Thiel & Thomasius, 2009) verfügt mittlerweile beinahe jeder Haushalt über einen Internetanschluss (Orzack, Voluse, Wolf & Hennen, 2006). Viele Anwendungen rufen positive Gefühle, wie Aufregung (Young, 1996b), Vergnügen (Petersen et al., 2009), Kompetenz (Shaffer et al., 2000), Hoffnung und Überraschung (Beard, 2005) beim Nutzer hervor. Manche Anwender erleben auch positive Auswirkungen auf soziale Beziehungen (Chou & Hsiao, 2000). Bei exzessiver Nutzung existiert allerdings auch eine Reihe negativer Konsequenzen (Beard & Wolf, 2001; Whang et al., 2003; Yen, Yen, Chen, Tang & Ko, 2009). Betroffene sind oftmals nicht in der Lage die Internetnutzung zu kontrollieren (Yoo, et al., 2004). Soziale, berufliche und psychische Konsequenzen (Beard & Wolf, 2001; Young, Pistner, O'Mara & Buchanan, 2000), wie Schulversagen, Verlust des Arbeitsplatzes (Petersen et al., 2009), Probleme in familiären Beziehungen und der Stimmungslage (Yen, Yen, Chen, Chen & Ko, 2007) können daraus resultieren. Besonders im asiatischen Raum entwickelte sich übermäßiger Internetgebrauch rasant zu einem ernstzunehmenden Problem für die Gesundheit der Bevölkerung (Yoo et al., 2004). In China wurden bereits erste gesetzliche Maßnahmen ergriffen um die Nutzung von Computern, vor allem in Bezug auf Computerspiele, zu regeln (Block, 2008).

1.1 Definition und Terminologie

Trotz langjähriger Beschäftigung mit dem Thema befindet sich die Erforschung des so genannten pathologischen Internetgebrauchs noch immer in ihrem Anfangsstadium (Christakis, 2010). Der Begriff Internetsucht wurde 1995 erstmals als ironische Beschreibung erwähnt (Hahn & Jerusalem, 2001). Die Erfindung des New Yorker Psychiaters Ivan Goldberg wurde seitdem in vielen Studien untersucht (Tao, Huang, Wang, Zhang, Zang & Li, 2010). Als eine Konsequenz daraus existieren mittlerweile viele Begriffe nebeneinander, die alle dasselbe Phänomen beschreiben, sich aber dennoch unterscheiden (Beard & Wolf, 2001), wie beispielsweise pathologischer Internetgebrauch, Internetsucht, Internetabhängigkeit oder Computersucht und problematischer Internetgebrauch im deutschsprachigen Raum (Petersen et al., 2009), sowie Internet addiction (Bai, Lin & Chen, 2001; Young, 1996a), cyber-disorder (Young et al., 2000), Computer addiction (Chou, Condron & Belland, 2005), Internet abuse (Morahan-Martin, 1999), compulsive Internet use (Meerkerk, Van den Einjnden & Garretsen, 2009), pathological internet use (Morahan-Martin & Schumacher, 2000), problematic Internet use (Caplan, 2002; Shapira et al., 2003) und viele mehr im englischen Sprachraum. Aboujaoude (2010) sieht die Bezeichnungen mittlerweile als überholt an und schlägt eine umfassendere vor im Sinne von pathologischer Nutzung elektronischer Medien vor. All diese Terminologien beinhalten unterschiedliche Konnotationen und beschreiben eine bestimmte Sichtweise des Phänomens (Beard & Wolf, 2001) als pathologische Nutzung von Computern auf der einen und als problematischen Gebrauch des Internets auf der anderen Seite (Shaw & Black, 2008). Allein diese Unterschiede in Bezeichnung und Beschreibung machen deutlich, dass auf diesem Gebiet noch viele Unklarheiten bestehen. Es finden sich zahlreichen Versuche Internetabhängigkeit zu definieren (Beard & Wolf, 2001; Shapira et al., 2003; Ko, Yen, Chen, Chen & Yen, 2005; Tao, Huang, Wang, Zhang, Zhang & Li, 2010). Gemein ist allen Beschreibungen eine unkontrollierbare und exzessive Nutzung (Petersen et al., 2009; Tao et al., 2010) verbunden mit negativen Konsequenzen in Alltag, Familie und Beruf (Black, Belsare & Schlosser, 1999). Es handelt sich dabei um eine psychologische Abhängigkeit vom Internet, im Zuge derer viele Ressourcen investiert werden. Sie ist weiters gekennzeichnet durch das Leugnen des eigenen Verhaltens (Kandell, 1998). Anders als bei stoffgebundenen Abhängigkeiten erlebt der Betroffene durch die Nutzung auch direkte Vorteile wie den raschen Zugang zu Information und erleichterte Interaktion (Young, 2004). Eine einheit-

lich akzeptierte Definition ist allerdings nach wie vor ausständig (Caplan, 2002; Yoo et al., 2004). Deshalb ist es notwendig übermäßige Internetnutzung und deren Folgen seien diese nun pathologisch oder nicht weiterhin zu untersuchen (Aboujaoude, 2010), da die Betroffenen unumstritten unter negativen Folgen leiden (Beard, 2005).

1.2 Diagnose und Klassifikationsversuche

Jede Art von Abhängigkeit ist charakterisiert durch einen unkontrollierbaren Drang verbunden mit Kontrollverlust sowie einem Versinken in eine Handlung, die trotz negativer Konsequenzen fortgeführt wird (Young, 2004). Kriterien aus einer allgemeinen Beschreibung von Abhängigkeit, nämlich ein zwanghaftes Verlangen, Kontrollverlust und hartnäckiges Beharren trotz negativer Folgen (Shaffer et al., 2000), finden sich auch bei so genannten pathologischen Internetgebrauch. Genaue Beschreibung und Diagnose von pathologischem Internetgebrauch bilden die Basis für Präventions- und Interventionsansätze (Ko, Yen, Chen, Chen & Yen, 2005; Beard, 2005). Es gab bisher viele Versuche Diagnosekriterien zu entwickeln, die Personen mit pathologischem Internetgebrauch eindeutig von jenen ohne pathologischen Gebrauch unterscheiden (Shapira et al., 2003; Ko et al., 2005; Tao et al., 2010). Aboujaoude (2010) weist darauf hin, dass es nicht reicht Bedenken über die Nutzung anderer Medien auf Internetnutzung zu übertragen. Bis jetzt existiert noch keine allgemeingültige Diagnose für pathologischen Internetgebrauch (Yen, Ko, Yen, Wu & Yang, 2007). Es gab viele Diskussion, ob es Pathologischer Internetgebrauch als Abhängigkeit im klassischen Sinn aufgefasst werden kann (Morahan-Martin, 2008) und ob nicht vielmehr die Computernutzung genauer betrachtet werden sollte. Schließlich stellt dieser die Verbindung zur Internetnutzung dar (Shaffer et al., 2000).

Die Psychologin Kimberly Young beschäftigte sich als eine der ersten mit dem Thema (Hahn & Jerusalem, 2001). Inspiriert durch Goldberg beschrieb sie acht Kriterien zur Erfassung von Internetabhängigkeit in Anlehnung an die Merkmale des Pathologischen Spielens aus dem DSM-IV (Beard & Wolf, 2001). Bei Vorhandensein von fünf dieser acht Kriterien geht Young (1996a) vom Vorliegen von Internetabhängigkeit aus. Shaffer und seine Kollegen (2000) kritisieren das Vorgehen Youngs. Das Konzept Pathologischen Spielen selbst war noch nicht gut genug erforscht, um daraus Aussagen über

andere Erkrankungen ableiten zu können. Auch taucht immer häufiger die Frage auf, ob Internetabhängigkeit als solche überhaupt existiert (Beard, 2005).

Christakis (2010) findet den Vergleich von pathologischem Internetgebrauch mit anderen Abhängigkeiten, wie pathologischem Spielen oder substanzgebundenen Abhängigkeiten unpassend. Denn die zugrundeliegenden Verhaltensweisen oder Substanzen sind nicht immer und überall zugänglich. Allein deren Gebrauch geht manchmal schon mit rechtlichen oder sozialen Folgen einher. Dies ist bei so genanntem pathologischem Internetgebrauch nicht der Fall. Als Kernsymptome von Abhängigkeit, die auch bei pathologischem Internetgebrauch zu finden sind, beschreibt Christakis (2010) ein Versinken in eine Sache oder in ein Verhalten, wiederholte vergebliche Versuche diese Beschäftigung zu reduzieren und Stimmungsschwankungen während diesen Reduktionsversuchen. Eine Gefährdung von Beruf, Beziehung und Ausbildung sowie Lügen über die Nutzung sind ebenfalls anzutreffen. Caplan (2002) erwähnt sieben Faktoren von pathologischem Internetgebrauch. Dazu gehören Stimmungsschwankungen, soziale Vorteile, negative Folgen, zwanghafte Nutzung, extreme Online-Zeiten, Entzugerscheinungen und soziale Kontrolle. Entzugerscheinungen wie Nervosität, Aufregung und Aggression, steigende Toleranz und Kontrollverlust zählen ebenfalls zu den Symptomen von pathologischem Gebrauch (Kheirkhah et al., 2010).

Young, Pistner, O'Mara und Buchanan (2000) führen fünf Subtypen von pathologischem Internetgebrauch an. Diese bezeichnen sie Cybersex, Cyber-Beziehungen, Aktienhandel oder Glückspiel, Informationssuche und Computerspiele. Block (2008) grenzt auf die drei Subtypen exzessives Spielen, sexuelle Inhalte und E-Mail-Anwendungen ein. Konsequenzen exzessiver Nutzung können Entzugerscheinungen verbunden mit Gefühlen wie Ärger, Depression und Anspannung, Toleranzentwicklung, soziale Isolation oder Müdigkeit, Vernachlässigung von Basistrieben und Bedürfnissen sein (Block, 2008). Auch Beeinflussungen des Zeitgefühls sowie der Selbst- und Fremdwahrnehmung kommen in Frage (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Die drei Komponenten zwanghaftes Verlangen, Kontrollverlust und Fortführen des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen bei Abhängigkeit sind bei allen Autoren zu finden (Shaffer et al., 2000).

Tao und seine Kollegen (2010) beziehen neben den bereits erwähnten Symptomen auch Ausschlusskriterien sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung und Dauer der Symptome in ihre Diagnose mit ein. Auch Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla und McElroy (2000) verwenden eine Ausschlussdiagnose für die Beschreibung pathologischen Internetgebrauchs. Dieser kann nur dann diagnostiziert werden, wenn das Verhalten nicht durch manische oder hypomanische Symptome erklärbar ist.

Es ist schwierig pathologischen Internetgebrauch in seiner Gesamtheit zu erfassen und alle Bereiche zu berücksichtigen (Mitchell, Sabina, Finkelhor & Wells, 2009). Fünf Kriterien fassen die Ergebnisse der bisherigen Versuche einer Diagnose zusammen. Dazu gehören Einengung des Verhaltensraums, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen und negative soziale Konsequenzen (Hahn & Jerusalem, 2001). Allerdings muss man genau beurteilen, ob es sich wirklich um abhängiges Verhalten handelt. Shaffer, Hall und Vander Bilt (2000) raten zu Vorsicht bei der Diagnose neuer Phänomene.

Nicht nur Symptome und Begleitererscheinungen wurden zu Diagnose von so genanntem pathologischen Internetgebrauch herangezogen. Auch das Zeitausmaß, das Personen mit pathologischem Internetgebrauch in Online-Aktivitäten investierten, unterscheidet sich von Personen ohne pathologischen Gebrauch (Morahan-Martin & Schumacher, 2000; Young, 2004). Personen, die als internetabhängig bezeichnet werden, verbringen signifikant mehr Zeit online als andere (Young, 1996a) und sind meist nicht in der Lage diese zu reduzieren (Kheirkhah et al., 2010). Möglicherweise sind negative Auswirkungen im Sozial- und Berufsleben darauf zurückzuführen (Block, 2008). In einer Studie von Young (1998) berichten Teilnehmer von einem Zeitaufwand von bis zu 39 Stunden pro Woche für Online-Aktivitäten. In einer weiteren Untersuchung von Young (2004) erhöht sich die Nutzung auf von 40-80 Stunden pro Woche. Das entspricht dem Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung (Chou et al., 2005). Die Autoren weisen aber darauf hin, dass Aussagen von Internetnutzern über das Ausmaß vorsichtig aufzufassen sind, da diese in einer Umfrage offen zugaben, diesbezüglich auch schon gelogen zu haben. Teilnehmende bei Yen, Ko, Yen, Wu und Yang (2007), die zur Gruppe der Personen mit pathologischem Internetgebrauch gezählt wurden, nutzen das Internet durchschnittlich 20 Stunden pro Woche, was bereits reicht um zu einer erheblichen Beeinträchtigung im Alltag zu führen. Allerdings ist nicht allein der tatsächliche Zeitaufwand ausschlaggebend, sondern die Art und Weise, wie man Zeit im Inter-

net verbringt (Shaffer et al., 2000). Denn nicht Internetnutzung selbst führt zu Abhängigkeit, sondern vielmehr die Anwendung spezifischer Applikationen (Christakis, 2010; Young, 1996a). Interaktive Funktionen bergen ein höheres Risiko als informative (Young, 1996a; 1996b).

Über die Zuordnung von pathologischem Internetgebrauch zu einem bereits bestehenden Störungsbild wurde bereits heftig diskutiert (Shaw & Black, 2008). Doch die Einordnung von Internetabhängigkeit nach einem der gängigen Klassifikationssysteme ist nach wie vor unklar. Eine Zuordnung zu den verhaltensbezogenen Abhängigkeitserkrankungen (Bradley, 1990; Gao, Zhang und Chen, 2009; Marks; 1990) ist ebenso zu finden, wie eine Einreihung zu den Störungen der Impulskontrolle (Shapira et al., 2003; Young, 1996a). Betroffene erleben eine ansteigende Spannung und Erregung vor der Nutzung gefolgt von Entspannung und Freude nach Beendigung der Aktivitäten, was für eine Einordnung zu zweitem spricht (Young, 2004). Störungen der Impulskontrolle haben viele Gemeinsamkeiten mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Betroffene Personen sind nicht mehr in der Lage ursprünglich harmloses Verhalten zu kontrollieren (Tao et al., 2010). Griffiths (1999) und Widyanto und Griffiths (2007) sehen aufgrund der Mensch-Maschine-Interaktion in pathologischem Internetgebrauch eine technologische Sucht. Diese kann als Form von Abhängigkeit angesehen werden (Widyanto & Griffiths, 2007). Hahn und Jerusalem (2001) wiederum lehnen eine Zuordnung nach den gängigen Klassifikationssystemen ab und bezeichnen pathologischen Internetgebrauch als moderne Verhaltensstörung und eskalierte Normalverhaltensweise. Block (2008) sieht in pathologischer Internetnutzung eine zwanghaft-impulsive Störung. Schuhler, Vogelgesang und Petry (2009) beschreiben pathologischen Gebrauch als eine Störung der Beziehungs- und Selbstwertregulation und richten ihren Behandlungsansatz danach aus. Sie unterscheiden zusätzlich zwischen problematischem und pathologischem Internetgebrauch. Zudem beziehen sie auch immer die Computernutzung in ihre Erläuterungen ein. Die Autoren empfehlen eine Zuordnung zu den sonstigen näher bezeichneten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach ICD-10. Derzeit ist pathologischer Internetgebrauch jedoch noch nicht als eigenständige Störung in den Klassifikationssystemen zu finden (Shaw & Black, 2008). Eine Übersicht über die erwähnten Zuordnungen ist in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Klassifikationsversuche unterschiedlicher Autoren

Zuordnung	Vertreter
Verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung	Gao et al., (2009); Bradley (1990); Marks (1990)
Störung der Impulskontrolle	Shapira et al. (2003); Young (1996a)
Zwanghaft-impulsive Störung	Block (2008)
Technologische Sucht	Widyanto & Griffiths (2007); Griffiths (1999)
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	Schuhler et al. (2009)
Moderne Verhaltensstörung	Hahn & Jerusalem (2001)

In vielen Untersuchungen wurde der Zusammenhang zwischen pathologischem Internetgebrauch und psychiatrischer Auffälligkeit untersucht. Es ist auch bereits Diskussionen Internetabhängigkeit in DSM-V zu integrieren (O'Brien, 2010). Derzeit scheint allerdings nur Pathologisches Spielen in der Liste der Substanz- und Abhängigkeitserkrankungen auf (American Psychiatric Association, 2010).

1.3 Erhebungsinstrumente zum Thema pathologischer Internetgebrauch

Zur Bestimmung der so genannter Internetabhängigkeit existiert bereits eine Reihe unterschiedlicher Ratingskalen und Interviews (Chou et al., 2005). Als eines der ersten Inventare gilt Young's *Diagnostic Questionnaire* (DQ) (Beard, 2005). Es handelt sich dabei um ein dichotomes Verfahren (Tao et al., 2010) bestehend aus acht Items, von denen fünf bejaht werden müssen um pathologischen Gebrauch zu diagnostizieren (Beard & Wolf, 2001; Young, 1996a;). Der Diagnostic Questionnaire wurde weiterentwickelt zum *Internet addiction test* (IAT), der aus insgesamt 20 Aussagen mit einer vierstufigen Antwortskala besteht und der bereits in mehrere Sprachen übersetzt wurde (Petersen et al., 2009). Im deutschsprachigen Raum entwickelten Hahn und Jerusalem (2001) die *Internetsuchtskala* (ISS) zur Erhebung von Internetabhängigkeit. Das Verfahren besteht ebenfalls aus 20 Aussagen, die auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden sollen. Die einzelnen Skalen weisen gute interne Konsistenz auf. Die beiden

Autoren unterscheiden zwischen sogenannten internetsuchtgefährdeten, internetsüchtigen und nichtabhängigen Personen. Die Bemühungen um ein valides Verfahren, das abhängige Personen klar von nicht-abhängigen Personen unterscheidet, dauern allerdings an (Tao et al., 2010). Schwierigkeiten bei der Erhebung ergeben sich unter anderem durch Unklarheiten über die Ursachen von pathologischem Internetgebrauch. Es stellt sich die Frage, ob einzelne Funktionen dafür verantwortlichen seien oder das Internet als solches (Chou et al., 2005). Als Vorlage für ein standardisiertes Verfahren empfehlen Petersen und seine Kollegen (2009) die *Compulsive Internet Use Scale* von Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst und Garretsen (2009), die aufgrund ihrer Konstruktion als auch ihrer Gütekriterien besonders geeignet zur Erfassung von so genannten pathologischen Internetgebrauch scheint. Auch die *Generalized Problematic Internet Use Scale* (GPIUS) von Caplan (2002) gilt als reliabel und valide (Beard, 2005). Beard (2005) kritisiert an den vorhandenen Instrumenten vor allem deren theoretischen Hintergrund sowie die Auswahl der Stichprobe bei der Testerstellung. Weiters ist er der Ansicht, dass eine genauere Beschreibung des Problems notwendig ist, als dies durch kurze Tests möglich ist. Es müsse auch die Änderungsmotivation der Betroffenen einbezogen werden. Er entwickelte ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung von problematischem Internetgebrauch, das diesen Ansprüchen genügen sollte. Vor allem bei der Erhebung von Komorbiditäten wird häufig auf Interviews zurückgegriffen (Ko, Yen, Chen, Chen & Yen, 2008; Shapira et al., 2000). Mitchell, Sabina, Finkelhor und Wells (2009) sind der Auffassung Ziel müsse die Entwicklung eines Instruments zur raschen, aber auch vollständigen Erfassung des Problems sein. Zusammenfassend geben Chou, Condrón und Belland (2005) korrekterweise an, dass ein breites Repertoire an Erhebungsinstrumenten existiert, das sich sowohl in der Itemzahl, in den Antwortmöglichkeiten, der Durchführung als auch der Zielgruppe unterscheidet. Sie verweisen auf die Notwendigkeit der Entwicklung reliabler Erhebungsinstrumente um auch eine entsprechende Behandlung entwickeln zu können.

Die unterschiedlichen Zahlen hinsichtlich der Prävalenz von so genannten pathologischen Internetgebrauch sind einerseits auf die unterschiedlichen Stichproben, andererseits aber auch auf die Erhebungsmethoden zurückzuführen (Aboujaoude, 2010). Darüber hinaus stehen unterschiedliche Definitionen von pathologischem Internetgebrauch hinter jeder Studie (Shaw & Black, 2008). Eine groß angelegte amerikanische Studie identifiziert lediglich 0,7% der über 2000 Befragten als internetabhängig bei sehr eng gefasster Definition (Aboujaoude, 2010). Die Messung von Prävalenzra-

ten wird unter anderem erschwert durch Scham, Verleugnung und Verharmlosung der Befragten (Block, 2008). In der Studie von Hahn und Jerusalem (2001) liegt die Prävalenzrate der so genannten intersüchtigen Personen bei 3,2%. Whang, Lee und Chang (2003) kommen im asiatischen Raum zu einem Ergebnis von 3,5%. Weitere 18,4% sind gefährdet pathologischen Internetgebrauch zu entwickeln. Etwas höhere Zahlen finden sich bei Yen, Yen, Chen, Tang & Ko (2009) mit einer Prävalenzrate von 8-13%. Im Iran wurde mit 22,8% eine der höchsten Prävalenzraten gemessen (Kheirkhah et al., 2010).

1.4 Ätiologie und Aufrechterhaltung von pathologischem Internetgebrauch

Um so genannten pathologischen Internetgebrauch behandeln zu können, ist es notwendig die Ursachen sowie die dahinterstehenden psychopathologischen Abläufe zu verstehen (Gao et al., 2009). Gründe für den steigenden Internetgebrauch waren anfangs die leichte Zugänglichkeit zu Informationen (Beard, 2005) sowie die einfache Handhabbarkeit (ARD/ZDF-Arbeitsgruppe, 1999). Die ersten Internetnutzer waren meist männlich, berufstätig und gebildet. Doch mit der Zeit änderte sich dieses Profil (Busemann & Gscheidle, 2010). Nach und nach waren auch zunehmend weibliche Nutzer zu finden (Eimeren & Frees, 2009, 2010). 70% der österreichischen Bevölkerung verfügen mittlerweile über einen Internetzugang. In der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen nutzen 97% das Internet. In dieser Altersgruppe konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Nutzungshäufigkeit festgestellt werden. Mit dem Alter nimmt die Nutzung ab und es wird ein Geschlechtsunterschied sichtbar. (Statistik Austria, 2010). 68% der Befragten nutzen das Internet täglich, darunter befinden sich mehr Personen aus der jüngeren Altersgruppe und mehr Männer als Frauen. Nutzungszwecke in der Befragung der Statistik Austria (2010) wurden unterteilt in E-Government-Angebote und Dienstleistungen, die häufiger von Männern genutzt wurden, Informationsangebote, die im gesundheitsbezogenen Bereich häufiger von Frauen gesucht wurde und Kommunikationsangebote. Dazu zählen das Versenden von E-Mails, bei dem keine Geschlechtsunterschiede gefunden werden konnten, Telefonieren via Internet, das unter Männern stärker verbreitet ist und die Nutzung von Chat, Foren und ähnlichem. Zusätzlich wurde die Nutzung von Online-Shopping untersucht. Auch

hier konnten erhebliche Geschlechtsunterschiede in allen Generationen gefunden werden. Diese Funktion wird von Männern häufiger verwendet als von Frauen (Statistik Austria, 2010). In China werden vor allem Online-Games häufig genutzt (Gao et al., 2009). Busemann und Gscheidle (2010) nennen sowohl das Unterhaltungs- als auch das Informationsbedürfnis der Nutzer als Motiv für den Internetgebrauch. In den letzten Jahren gewannen soziale Netzwerke zunehmend an Bedeutung. Viele Personen befinden sich bereits in privaten als auch in beruflichen Netzwerken und nutzen die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten (Busemann & Gscheidle, 2010; Eimeren & Frees, 2010). Die ARD/ZDF-Arbeitsgruppe (1999) entwickelte eine Typologie der Internetnutzer. Die Unterteilung erfolgt in Optimisten, Pessimisten und Pragmatiker. Ersterer verspricht sich von der Nutzung positive gesellschaftliche Auswirkungen, wie Kontakte und das Kennenlernen fremder Kulturen. Der Pessimist sieht die Nutzung kritischer und erkennt die Gefahren. Letzterer nimmt zwar die Vorteile wahr, ist jedoch auch skeptisch hinsichtlich der langfristigen Auswirkungen (ARD/ZDF-Arbeitsgruppe, 1999). Caplan (2002) zieht die sozialen Vorteile sowie soziale Kontrolle zur Erklärung von Internetnutzung heran. Je einsamer eine Person sich fühlt, umso mehr bevorzugt sie Online-Kommunikation gegenüber der Kommunikation im realen Umfeld. Das Internet bietet die Möglichkeit, in einem sicheren Umfeld Kontakt mit anderen aufzunehmen, welche vor allem von schüchternen Personen genutzt wird (Young et al., 2000).

Personen mit und ohne pathologischen Internetgebrauch unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erwartungen an die Internetnutzung. Nutzer mit so genanntem pathologischen Internetgebrauch versuchen online Spannung abzubauen und Angstgefühle zu lindern (Orzack & Orzack, 1999). Sie suchen emotionale Unterstützung und nutzen die Möglichkeit der Kommunikation und des Austauschs mit anderen (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Die soziale Interaktion und die dabei erlebte Kontrolle werden als Belohnung wahrgenommen (Shaffer et al., 2000). Nutzer ohne pathologischen Gebrauch gehen mit einer neutralen Erwartungshaltung ins Internet (Orzack & Orzack, 1999). Young (Young et al., 2000) liefert mit ihrem ACE-Modell eine Erklärung für die Entstehung von pathologischem Internetgebrauch. Entsprechend ihrem Modell spielen der leichte Zugang (*Accessibility*), das Gefühl von Kontrolle (*Control*) während der Internetnutzung sowie die erlebte Aufregung (*Excitement*) dabei eine wesentliche Rolle. Personen mit pathologischem Gebrauch beschreiben das Internet als unterhaltsam, interessant und amüsant (Chou, et al., 2005).

In der *Psychological Decomensation Hyothesis* von Gao und seinen Kollegen (2009) wird die psychologische Entwicklung eines Individuums betrachtet. Diese kann durch interne und externe Faktoren beeinflusst und sogar beeinträchtigt werden. Internetnutzung wird als Form der Kompensation bei veränderter Entwicklung angesehen, die pathologische Ausmaße annehmen kann. Dieser Prozess verläuft in drei Phasen (s. Abbildung 1).

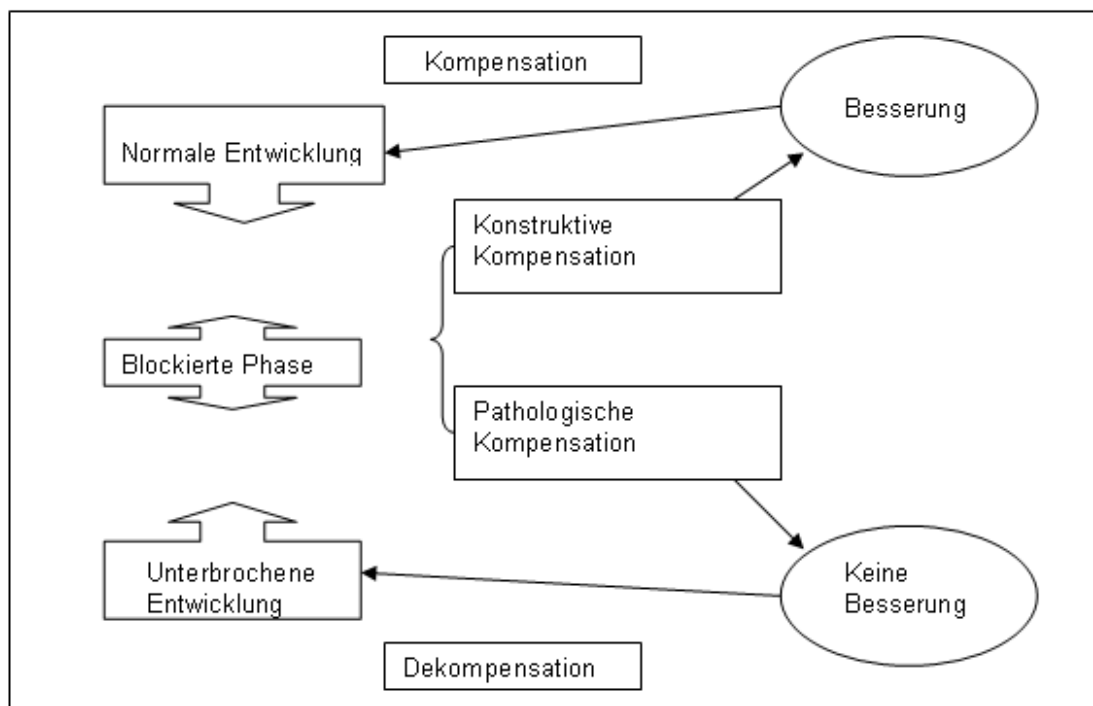


Abbildung 1: Pathologische Dekompensation Hypothese nach Gao et al. (2009)

Beard (2005) liefert ein biopsychosoziales Erklärungsmodell für die Entstehung von pathologischem Internetgebrauch. Auf biologischer Ebene könnten einerseits bestimmte Gene, sowie neurochemische Abläufe, die unser Verhalten steuern, aber auch Serotonin- und Dopaminmangel eine Rolle spielen. Vom psychologischen Standpunkt her betrachtet ist eine Auslösung durch Klassische als auch durch Operante Konditionierung möglich. Persönliche Probleme, die eine Flucht aus der Realität bewirken, könnten aus sozialer Sicht beteiligt sein. Suler (1999) weist darauf hin, dass online bestimmte Bedürfnisse erfüllt werden. Er postuliert insgesamt sechs verschiedene Bedürfnisse des Menschen, die durch Internetnutzung befriedigt werden. Dazu zählen das Bedürfnis nach Sex, nach verändertem Bewusstsein, nach Leistung und Macht, nach Zugehörig-

keit, nach Beziehungen sowie das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Es handelt sich dabei um biologische, psychologische und soziale Bedürfnisse, die durch Internetnutzung angesprochen, allerdings nicht endgültig gestillt werden. Durch wiederholte Versuche diese zu befriedigen entsteht eine Abhängigkeit (Suler, 1999).

Bai, Lin und Chen (2001) untersuchten Besucher einer virtuellen Klinik für gesundheitliche und psychische Probleme. Die Mehrheit der Besucher war weiblich und ledig. Der Großteil hatte zuvor noch keine Hilfe in Anspruch genommen. Personen mit pathologischem Internetgebrauch unterscheiden sich nicht von anderen hinsichtlich ihrer demographischen Daten. Einige erwähnen zwar Probleme in der Internetnutzung, erkennen diese allerdings nicht direkt als Problem. Neben pathologischem Internetgebrauch konnten komorbide Erkrankungen wie Angststörungen, Störungen der Stimmungslage und Substanzgebrauch gefunden werden (Bai et al., 2001).

1.5 Komorbiditäten

Ein Blick auf komorbide Erkrankungen im Zusammenhang mit so genanntem pathologischen Internetgebrauch lohnt sich deshalb, weil dadurch Informationen über Prävention und Behandlung gewonnen werden können (Ko et al., 2008). Pathologischer Gebrauch verursacht spezifische Symptome einschließlich Stimmungsveränderungen, Misserfolge in der Rollenerfüllung und Schuldgefühle (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Exzessive Internetnutzung beeinflusst sowohl soziale, psychologische als auch berufliche Aspekte des Lebens (Young & Rogers, 1998). Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass viele Personen mit pathologischem Internetgebrauch psychiatrische Diagnosen haben (Block, 2008). Immer wieder finden sich Berichte über Depressionen (Shapira et al., 2000; Whang et al., 2003), Einsamkeit, geringen Selbstwert und Angstzustände (Beard & Wolf, 2001). Besonders Depression und Aufmerksamkeitsdefizit(hyperaktivitäts)störung (AD(H)S) sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen treten auffällig oft in Zusammenhang mit so genanntem pathologischen Internetgebrauch auf (Ko et al., 2008). Exzessiver Internetgebrauch ist verbunden mit einer hohen Prävalenz bezüglich bipolarer Störungen, Angststörungen, Impulskontrollestörungen sowie Alkoholabhängigkeit und Essstörung. Ein kausaler Wirkungszusammenhang ist allerdings noch nicht nachgewiesen worden (Shapira et al., 2000).

In der Literatur finden sich wiederholt Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Depression und pathologischem Internetgebrauch (Yen, Ko, Yen, Wu & Yang, 2007). Kraut und seine Kollegen (2002) konnten in einer groß angelegten Langzeitstudie nachweisen, dass durch Internetnutzung das Gefühl von Einsamkeit und sogar Depression steigen. Allerdings spielt das Ausmaß der Nutzung dabei eine Rolle. In Abhängigkeit von Persönlichkeitseigenschaften konnten auch positive Effekte, wie beispielsweise ein Anstieg an Engagement und Selbstbewusstsein oder ein Nachlassen von Einsamkeitsgefühlen, nachgewiesen werden. Die angenehmen Gefühle, die in Zusammenhang mit Internetnutzung entstehen, beeinflussen den Betroffenen. Chou, Condon und Belland (2005) stellen fest, dass das Internet ein Gefühl von Freude erzeugen kann. Es wäre denkbar, dass depressive Personen gerade deshalb das Internet nutzen. Die anonyme Atmosphäre im Internet hält Betroffene im Internet fest, wodurch ein Kreislauf in Gang gesetzt wird. Das Internet bietet Unterhaltung und erzeugt gleichzeitig auch Isolation und Einsamkeit (Morahan-Martin, 1999; Young & Rogers, 1998). Parallel bietet es eine Möglichkeit der Realität zu entfliehen (Yen et al., 2007). Ko und seine Kollegen (2008) konnten depressive Symptome nur bei Männern nachweisen, allerdings nicht bei Frauen.

In einer koreanischen Studie an einer Grundschule wurde AD(H)S als Risikofaktor für Internetabhängigkeit identifiziert. Kinder mit pathologischem Internetgebrauch hatten mehr Symptome von AD(H)S (Yoo et al., 2004). Auch Yen, Yen, Chen, Tang und Ko (2009) untersuchten den Zusammenhang und kamen zu dem Ergebnis, dass vor allem das Aufmerksamkeitsdefizit eine Rolle spielt und Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Es konnte auch eine Verbindung zwischen Impulsivität und so genanntem pathologischen Internetgebrauch gefunden werden. Durch die Charakteristik der Online-Angebote, speziell die unterschiedlichen Angebote, die belohnend wirken können, wird möglicherweise das Aufkommen von Langeweile verhindert. Yen, und seine Kollegen (2007) konnten Symptome von AD(H)S, Depression und Feindseligkeit in Verbindung mit pathologischem Internetgebrauch bei männlichen Jugendlichen nachweisen, wobei Mädchen mit pathologischem Internetgebrauch nur höhere Werte bei Depression und ADHS erreichen, nicht aber bei Feindseligkeit. Nicht nur das Unterdrücken von Langeweile, auch das Streben nach einem Gefühl von Kontrolle und Freiheit in Bezug auf Selbstdarstellung von Personen, die an AD(H)S leiden, kann im Internet leicht erreicht werden, wodurch der Zusammenhang zwischen beiden Störungsbildern erklärt werden kann (Yen et al., 2007).

Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla und McElroy (2000) konnten in ihrer Studie Zusammenhänge mit psychiatrischen Diagnosen auf Achse I Störungen nach DSM-IV nachweisen. Personen mit pathologischem Internetgebrauch erreichen vor allem hohe Werte bei bipolaren Störungen und Schizophrenie. Bakken, Wenzel, Götestam, Johansson und Oren (2009) berichten unter anderem von Schlafstörungen, Angstzuständen, Alkohol- und Substanzmissbrauch im Zusammenhang mit so genannten pathologischen Internetgebrauch. Die häufigsten suchtmittelbezogenen Erkrankungen sind Cannabis-, Alkohol- und Tabakabhängigkeit (Schuhler et al., 2009).

Die Teilnehmer mit so genanntem pathologischen Internetgebrauch der Studien von Morahan-Martin und Schumacher (2000) fühlten sich einsamer als nichtabhängige Nutzer. Gleichzeitig erlebten sie das Internet in sozialer Hinsicht auch als befreiend. Nutzer mit übermäßigem Gebrauch gaben an, sich online entspannen und Sozialkontakte pflegen zu können. Sie erlebten Unterstützung durch andere. Anonymität und Beeinflussung der Selbstdarstellung sowie fehlende gesellschaftliche Ansprüche werden als Vorteile von Online-Aktivitäten genannt. Einsame und unglückliche Personen können so der Realität entfliehen und sich online anders darstellen. Zusätzlich bietet das Internet soziale Anreize. Ob Internetnutzung sich negativ auf Einsamkeit auswirke oder umgekehrt, sei jedoch schwierig zu sagen. Allerdings konnte nicht nachgewiesen werden, dass aufgrund erlebter Einsamkeit Internetnutzung vorhergesagt werden kann (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Young (1998) hingegen ist der Meinung, Einsamkeit und soziale Isolation seien direkt auf Internetgebrauch zurückzuführen.

Tosun und Lajunen (2009) prüften den Zusammenhang zwischen Internetnutzung und den drei Persönlichkeitsdimensionen Psychotizismus, Neurotizismus und Extraversion nach Eysenck. Sie unterscheiden zwischen angemessener und zwanghafter Nutzung und konnten belegen, dass Persönlichkeitseigenschaften die Nutzung des Internets beeinflussen. Allerdings konnten lediglich Psychotizismus und Extraversion damit in Verbindung gebracht werden. Personen, die hohe Werte in den Bereichen Psychotizismus und Neurotizismus erreichen, sind eher geneigt im Internet ihr wahres Ich zu zeigen. Sie nutzen das Internet um Persönlichkeitszüge zu zeigen, die sie in der realen Welt nicht zeigen können. Hier sprechen Tosun und Lajunen (2009) Anonymität eine wichtige Funktion zu. Personen können online Bedürfnisse befriedigen, was ihnen in der Realität versagt bliebe (Tosun & Lajunen, 2009).

Hinsichtlich all der erwähnten Erkrankungen und Beeinträchtigungen ist jedoch noch unklar, ob es sich um eine Primär- oder Sekundärerkrankungen handelt (Shaffer et al., 2000). Denn das gemeinsame Auftreten von zwei Krankheiten, lässt keinen Rückschluss darauf zu, ob es sich um einen kausalen Zusammenhang oder eine gemeinsame Ätiologie handelt (Mueser, Drake & Wallach, 1998). Es ist auch unklar, inwiefern Internetabhängigkeit und psychiatrische Diagnosen zusammenhängen (Petersen et al., 2009). Ist das Internet Grund oder Auslöser von pathologischem Internetgebrauch (Young & Rogers, 1998)? Shaffer, Hall und Vander Bilt (2000) sind der Meinung, die Konstruktvalidität reiche nicht aus, um in Bezug auf pathologischen Internetgebrauch von einer primären Erkrankung sprechen zu können. Dieser könne besser durch andere Primärerkrankungen erklärt werden. Das Internet sei lediglich ein Hilfsmittel, aber nicht Ursache von pathologischem Gebrauch. Lam und Peng (2010) kritisieren die einseitige Betrachtung von pathologischem Internetgebrauch als Folge von Depression und Angststörungen. Sie kommen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass pathologischer Internetgebrauch sehr wohl auch Depression verursachen kann. Widyanto und Griffiths (2007) sind der Ansicht, dass gewisse Prädispositionen, wie spezifische Persönlichkeitseigenschaften und komorbides Verhalten, existieren, die exzessiven Gebrauch begünstigen können. Über einen Ursache-Wirkungszusammenhang können aber noch keine eindeutigen Aussagen getroffen werden. Internetabhängigkeit kann in einigen Fällen eine Primärerkrankung darstellen. Andererseits kann auch eine andere Primärerkrankung dahinterstehen. Von der richtigen Einordnung ist die Wahl der Behandlung als auch deren Effektivität abhängig (Shaffer et al., 2000).

1.6 Intervention bei pathologischem Internetgebrauch

Pathologischer Internetgebrauch kann viele negative Konsequenzen für den Betroffenen haben. Gerade deshalb ist es notwendig Interventionen in diesem Bereich zu entwickeln (Yen, Yen, Chen, Chen & Ko, 2007). Bisher finden sich hauptsächlich Einzelfallstudien über die Behandlung von pathologischem Internetgebrauch (Morahan-Martin, 2008). Empirischen Studien wurden selten durchgeführt.

Während anfangs die Ansicht vorherrschte, nur vollständige Abstinenz könne pathologischen Internetgebrauch heilen (Young, 1999), wurde später erkannt, dass ein norma-

ler Umgang mit dem Internet Ziel einer Intervention sein solle (Chou et al., 2005). Mittlerweile ist die Nutzung von Computer und Internet auch soweit im Alltag verbreitet, dass vollkommene Abstinenz nicht Ziel einer Behandlung sein kann. Allerdings sollen problematische Funktionen vermieden werden (Young, 2007). Es ist wichtig, Betroffene zu unterstützen ihr Problem zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren (Orzack & Orzack, 1999). Gründe für den Missbrauch sowie dessen Folgen sind bekannt, auch Risikogruppen und Betroffene wurden beschrieben. Aber der Behandlung von pathologischem Internetgebrauch wurde bislang nur wenig Bedeutung zugemessen (Orzack, Voluse, Wolf & Hennen, 2006). Womöglich kommt Block (2008) zur Annahme pathologischer Internetgebrauch sei unempfindlich gegen Behandlung, da bislang tatsächlich keine eindeutigen Ergebnisse zur Behandlung von internetabhängigen Personen existieren (Orzack et al., 2006). Über die Jahre hinweg wurden bereits unterschiedliche Behandlungsansätze entwickelt (Petersen et al., 2009). Da eine neurochemische Beteiligung von Serotonin und Dopamin angenommen wird (Bai et al., 2001; Beard, 2005), bestehen Versuche einer psychopharmakologischen Behandlung (Allison, von Wahlde, Shockley, & Gabbard, 2006; Shapira et al., 2000). Oftmals werden Psychopharmaka auch gemeinsam mit Psychotherapie eingesetzt (Orzack & Orzack, 1999).

Im Sinne der bereits erwähnten *Psychological Decompensation Hypothesis* von Gao und seinen Kollegen (2009) stellt systematische Kompensation eine alternative Interventionsform dar. Diese kann als Bestandteil von Einzeltherapie, Gruppentherapie, Familientherapie und vielem mehr angewandt werden. Betroffene konnten wieder Kontrolle über ihr Online-Verhalten gewinnen und es stellten sich Verbesserungen im familiären und sozialen Umfeld ein.

In der Indikativen Gruppentherapie von Schuhler, Vogelgesang und Petry (2009) wird der Entstehung und Aufrechterhaltung von so genanntem pathologischen Internetgebrauch besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Es sollen Alternativen zur Internetnutzung, vor allem in Hinsicht auf verstärkende Funktionen wie positiveres Selbstbild und Sozialkontakte, gefunden werden. Zusätzlich wird ein Abbau von Störungen des Erlebens und Verhaltens, die Reflexion der eigenen Beziehungen und der Hintergründe für die Entstehung des Problems sowie schlussendlich eine wieder funktionierende Alltagsbewältigung angestrebt. Bei der Indikativen Gruppentherapie handelt es sich um eine stationäre Therapieform mit psychoedukativen Teilen. Zentrales Moment ist die

Reflexion der Bindungen, das Erlernen neuer Lösungen, das Erkennen der eigenen Probleme sowie der Gründe für Entstehung und das Finden einer alternativen Lösungsform für Probleme. Eine wichtige Rolle kommt der Veränderungsmotivation des Patienten zu. Die Therapie beinhaltet Erfahrungen in Realität und Virtualität. Ein wesentlicher Aspekt ist das Erkennen der Internetnutzung als dysfunktionale Lösung für Probleme in der Realität sowie die Vermittlung von alternativen Handlungen. Positive Erfahrungen in der Realität sollen hervorgehoben und ein normaler Umgang mit Computer und Internet erlernt werden (Schuhler et al., 2009).

Young (1999) beschreibt mehrere Möglichkeiten der Behandlung von so genannte pathologischen Internetgebrauch. Sie erwähnt den Einsatz von Zeitmanagement-Techniken, wie das Erstellen von Zeitplänen oder das Setzen externer Hinweise um sich einer anderen Beschäftigung zu widmen, sowie auch Hilfe in Form von Therapie. Young (2007) schlägt vor, das eigene Verhalten genauer zu betrachten und Internetnutzung aufzuzeichnen um das Ausmaß festzuhalten und das Problem für den Betroffenen sichtbar zu machen. Besonders Freundschaften, soziale aber auch berufliche Aktivitäten können als Ersatz für das Internet dienen. Schuhler, Vogelgesang und Petry (2009) weisen bisherigen Beziehungserfahrungen eine wesentliche Rolle zu. Diese hätten Einfluss auf Entstehung und Aufrechterhaltung des Problems. Yen, Yen, Chen, Chen und Ko (2007) untersuchten die Behandlung von pathologischem Internetgebrauch im familiären Umfeld, da dieses bekannterweise großen Einfluss auf die Entstehung von Abhängigkeit hat. Sie kamen zum Schluss, dass die Familie ein wichtiger Ansatzpunkt in der Behandlung von Abhängigkeit ist. Eltern sollen lernen Risikofaktoren zu erkennen und zu vermeiden, Kommunikation zu verbessern und auf die Gesundheit ihrer Kinder zu achten. Eine funktionierende Familie kann demnach präventiv wirken.

Orzack und Orzack (1999) schlagen eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von so genanntem pathologischem Internetgebrauch vor. Diese wurde bereits in Bezug auf andere Abhängigkeiten erfolgreich angewandt. Die zugrundeliegende Idee beruht auf der Annahme, dass Gedanken unsere Gefühle beeinflussen. Durch das bewusste Wahrnehmen von Gedanken können Auslöser für pathologischen Internetgebrauch erkannt werden (Chou et al., 2005). In einem weiteren Schritt erlernt der Betroffene unangemessenes Verhalten durch andere Aktivitäten zu ersetzen (Orzack & Orzack, 1999). Young (2007) nennt mehrere Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie. Dazu

zählen Motivation des Patienten, Zeitmanagement, Verbesserungen in sozialen und sexuellen Beziehungen, offline Aktivitäten und die Fähigkeit problematische Funktionen im Internet zu meiden. Teilnehmer der Studie von Young (2007) profitierten von der kognitiven Verhaltenstherapie. Die oben genannten Ziele und Gedanken, die zu exzessivem Gebrauch führen, konnten verringert werden. Einigen Teilnehmern gelang es einen neuen Lebensstil ohne übermäßige Internetnutzung zu erreichen.

Orzack, Voluse, Wolf und Hennen (2006) behandelten Männer mit pathologischem Internetgebrauch in Hinsicht auf sexuelle Inhalte mit einer Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie, motivationalem Interview und Elementen aus dem Modell der Veränderungsbereitschaft, die sich gegenseitig ergänzen. Dabei wird einerseits die Veränderungsmotivation in Bezug auf die Veränderung von Gedanken und Gefühle betrachtet. Andererseits werden Problemlösestrategien entwickelt um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die Autoren (2006) erzielten Verbesserungen in der Lebensqualität der Betroffenen sowie hinsichtlich depressiver Symptome. Allerdings konnten sie das Nutzungsverhalten nicht beeinflussen. Auch in anderen Therapieschulen wie Psychoanalyse, Gestalt- oder Gruppentherapie, sieht Young (2007) geeignete Interventionsformen. Sie schlägt vor auch Online-Beratung anzuwenden und deren Ergebnisse mit klassischen Behandlungsformen zu vergleichen, um je nach spezifischem Problem die geeignete Behandlung wählen zu können und auch den therapeutischen Effekt festzuhalten. Newman (2004) ist der Meinung Technologie werde möglicherweise bald einen wichtigen Platz bei psychologischen Interventionen einnehmen und Psychotherapie werde bald auch außerhalb der Therapiestunde stattfinden. Das Internet bietet viele Möglichkeiten (Rünger & Haverkamp, 2003). Schon jetzt finden sich viele Angebote, die Bestandteile der kognitiven Verhaltenstherapie mit Internetanwendungen verbinden. Es konnten auch bereits erste Erfolge im Bereich der internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapie nachgewiesen werden (Andersson, 2009). Diagnostik und Intervention von Abhängigkeitserkrankungen werden mittlerweile häufig von Online-Programmen ergänzt (Ott, 2003). Obwohl es anfangs kontraproduktiv erscheint, pathologischen Internetgebrauch online zu behandeln, so gibt es auch Stimmen, die sich dafür aussprechen das Problem dort zu behandeln, wo es auftritt – nämlich im Internet (Putnam und Maheu, 2000).

2 ONLINE-INTERVENTION

Die Technologie entwickelt sich ständig weiter und beeinflusst unser Erleben und Verhalten. Sie hat Auswirkungen auf viele Lebensbereiche, begonnen bei der Verfügbarkeit von Information und Kommunikationsmöglichkeiten, über private Bereiche wie das Liebesleben bis hin zu Unterhaltung und Freizeitaktivitäten. Auch Angebot und Nachfrage im Gesundheitsbereich sind betroffen (Barak & Suler, 2008). Neue Technologien schaffen geänderte Umgebungen für Beziehungen. Die Angebote verändern das Gesundheitswesen sowie Möglichkeiten der psychologischen Tätigkeit (Jerome & Zaylor, 2000). Mittlerweile nutzen Professionisten bereits die Besonderheiten der Online-Umgebung in therapeutischen Prozessen (Suler, 2008). Online-Interventionen sind eine neue Form der Hilfe und Unterstützung, die zu jeder Tages- oder Nachtzeit genutzt werden können um Probleme mitzuteilen, aber auch Informationen und Hilfe einzuholen (Alleman, 2002). Damit haben sich auch die Anforderungen an Professionisten geändert (Eichenberg & Laszig, 2003). Die Besonderheit bei Online-Interventionen liegt in der Art der Kommunikation, die unter Zuhilfenahme von Technologie erfolgt (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005). Es entstehen einzigartige Gelegenheit der Interaktion zwischen Therapeut und Klient (Stetina, Sofianopoulou & Kryspin-Exner, 2009). Diese neue Erscheinung (Rochlen, Zack & Speyer, 2004) stellt eine Alternative zu konventionellen Behandlungen dar (Laszlo, Esterman & Zabko, 1999). Heute findet man nach wie vor Angebote, deren Ziel reine Informationsvermittlung ist, und Verfahren aus den Bereichen Prävention, Selbsthilfe, Beratung, Behandlung und Nachsorge. Die Grenzen zwischen den beiden Formen sind nicht genau abzugrenzen. Erst genannte beinhalten oftmals auch Foren, die dem Austausch dienen sowie die Möglichkeit Kontakt mit dem Betreiber oder zuständigen Professionisten aufzunehmen beinhalten. Genauso vermitteln Angebote aus der zweiten Kategorie auch Informationen (Bauer & Kordy, 2008). Zudem existiert eine Reihe von Offline-Angeboten, die zusätzlich oder auch alleinstehend eingesetzt werden können (Stetina, Sofianopoulou & Kryspin-Exner, 2009). Interventionsformen reichen von Selbsthilfeprogrammen bis hin zu Psychotherapie (Ott & Eichenberg, 2003). Ziele von Online-Interventionen sind die Förderung von Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Stetina et al., 2009). Alleman (2002) nennt zusätzlich die Änderung von Verhalten. Griffiths bezeichnet Online-Behandlung als inno-

vative Therapieform, die trotz vieler Bedenken ihre Daseinsberechtigung hat (Griffiths, 2005). Die Möglichkeiten einer Behandlung via Internet wurden in Fachkreisen heftig diskutiert (Rochlen et al., 2004). Aufgrund fehlender theoretischer Konzepte kam es bisher nur zu einer konzeptionellen Auseinandersetzung mit dem Thema (Laszig & Eichenberg, 2003) und Akzeptanz in Bezug auf Online-Interventionen ist nicht gegeben (Lingley-Pottie & McGrath, 2007). Caspar (2008) verweist einerseits auf die Skepsis gegenüber Neuerungen als auch auf Schwierigkeiten bei Entwicklung und Evaluierung neuer Verfahren als Gründe für die langsame Verbreitung dieser zukunftssträchtigen Angebote. Es ist wichtig, dass Psychologen diese neuen Möglichkeiten untersuchen und auch anwenden (Jerome & Zaylor, 2000). Die Neuerungen und Änderungen im Bereich der Technologie haben Einfluss auf die Psychologie. Innovationen wie Online-Interventionen erlauben eine neue Art der psychologischen Forschung und Unterstützung (Jerome et al., 2000). Die entstandene Beziehung ist zwar virtuell, aber trotzdem real (Kersting, Schlicht & Kroker, 2009).

2.1 Definition von Online-Intervention

Für Online-Intervention gibt es noch keine eindeutig festgelegte Definition oder Terminologie (Rochlen, Zack & Speyer 2004). Es gab bereits viele Definitionsversuche, die jedoch durch die raschen technologischen Fortschritte und fehlende Standards in der Online-Behandlung erschwert wurden (Mallen & Vogel, 2005). Ähnlich wie bei pathologischem Internetgebrauch, existieren in Bezug auf Online-Intervention unterschiedliche Begriffe (Laszlo et al., 1999), wie e-therapy, online counseling, cybertherapy, web-counseling (Alleman, 2002) und deren Übersetzungen. Die Angebote werden von Personen mit den unterschiedlichsten Problemen genutzt und können in Form von Einzel-, Familien- oder Gruppentherapie in Anspruch genommen werden (Laszlo et al., 1999). Um Online-Interventionen effektiv und sinnvoll einsetzen zu können ist ein genaues Verständnis von Online-Interventionen wichtig (Nickelson, 1998).

Rochlen, Zack und Speyer (2004) definieren Internettherapie als eine professionelle Interaktion. Über das Internet erreichen Klienten qualifizierte Gesundheitsexperten bei Gesundheitsfragen. Alleman (2002) versteht darunter eine interaktive, textbasierte, elektronische Kommunikationsform zwischen einem Hilfesuchenden und einem Pro-

professionellen mit dem Ziel einer Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit. Bei Online-Intervention sind die Kommunikationspartner physisch nicht am selben Ort. Als Therapeut bezeichnen Rochlen, Zack und Speyer (2004) jemanden, der über Qualifikationen im Gesundheitsbereich verfügt. Auch Bloom (1998) beschreibt webcounseling als eine professionelle Beratung zwischen Klient und Berater, die sich nicht am selben Ort befinden und elektronische Hilfsmittel zur Kommunikation verwenden. Nickelson (1998) definiert telehealth als Nutzung von Technologie um Zugang zu Gesundheitsangeboten, Diagnose, Intervention, Beratung und Supervision sowie Information zu bieten. Sie wird in der künftigen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle einnehmen. Es handelt sich dabei um keine neue Form, sondern eher um ein Instrument, das bereits etablierte Praktiken einem breiteren Publikum zugänglich macht. Behaviorale Telegesundheit bezeichnet die Nutzung von Informationstechnologien um den Gesundheitsbereich, Diagnose, Intervention, Beratung, Erziehung und Informationsübermittlung zugänglich zu machen (Laszlo et al., 1999). Grohol (1999) ist der Ansicht, man müsse zwischen E-Therapie und Psychotherapie unterscheiden. Denn eine Psychotherapie besitzt besondere Kennzeichen und unterliegt gewissen Bestimmungen (Alleman, 2002). Griffiths (2005) verweist auf Kritiker, die der Ansicht sind, eine Therapie müsse sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation beinhalten um funktionieren zu können. Online-Intervention unterscheidet sich somit von Psychotherapie und psychologischer Beratung (Manhal-Baugus, 2001). Internettherapie richtet sich in erster Linie an Personen, die das Internet häufig nutzen und die nur erschwert Zugang zu einer herkömmlichen Therapie haben (Kersting et al., 2009).

2.1.1 Historischer Abriss

Laut Nickelson (1998) entwickelten sich Angebote im Internet in drei Schritten. Bereits Mitte des vorigen Jahrhunderts sind Vorfahren von technologischen Interventionen in der klinischen Praxis zu finden. Mit Weiterentwicklung der Technologie haben sich Online-Interventionen immer mehr verbreitet. Das Potential, das dahinter steckt, wurde rasch erkannt. Allerdings wurde auch immer wieder auf Einschränkungen verwiesen (Nickelson, 1998).

Griffiths (2005) unterscheidet drei Arten von Online-Intervention. Als erste nennt er jene, die der Informationsweitergabe in Form einfacher Krankheitsbeschreibungen,

Checklisten oder auch weiterführenden Links dient. Eine weitere Art der Online-Intervention ist Hilfe in Form von Selbsthilfegruppen (Griffiths, 2005). Online-Selbsthilfegruppen waren Vorreiter für Online-Interventionen (Skinner & Zack, 2004) und existieren seit den 1990ern. Die Anzahl von Online-Selbsthilfegruppen ist in den letzten Jahren gestiegen. Vorrangiges Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei können Betroffene ihre Erfahrungen und Meinungen austauschen. Allerdings birgt dieses Angebot immer die Gefahr von Fehlinformationen und negativen Äußerungen der Nutzer (Stetina et al., 2009). 1995 taucht John Grohol's Chat Angebot zu psychischen Problemen erstmals auf (Laszig & Eichenberg, 2003; Skinner & Zack, 2004). Er weist allerdings ausdrücklich darauf hin, dass es sich dabei um keine Intervention handle (Skinner & Zack, 2004). Als dritte Variante beschreibt Griffiths (2005) Intervention als professionelle Unterstützung und Behandlung. Diese findet vorwiegend via E-Mail oder Chat statt. Suler (2008) liefert drei Betrachtungsweisen von psychotherapeutischen Prozessen im Internet. In der ersten werden klassische therapeutische Prozesse eingebettet in ein technologisches Umfeld. Die Grundgedanken von Therapie ändern sich dabei nicht. Als zweites entstehen neue Arten der Intervention, welche die spezifischen Besonderheiten der jeweils angewandten Kommunikationsform wie E-Mail oder Chat mit einbeziehen. Als dritten umfassenderen Ansatz bezieht Suler (2008) sich auf die allgemeinen Bestandteile von Online-Kommunikation. Diese können individuell auf die Bedürfnisse der Hilfesuchenden angepasst werden. Der New Yorker Psychiater Ivan Goldberg beantwortete als einer der ersten online Fragen zum Thema Depression (Laszig & Eichenberg, 2003; Skinner & Zack, 2004). Die ersten kostpflichtigen Angebote finden sich 1995 bei Sommers. Seine Idee war es eine längerfristig andauernde Beziehung aufzubauen (Skinner & Zack, 2004). Grundsätzlich wird meist zwischen Online-Beratung und Online-Therapie, denen unterschiedliche Konzepte zugrunde liegen, unterschieden (Laszig & Eichenberg, 2003). Online-Intervention stellt eine indirekte Therapieform dar (Skinner & Zack, 2004), es gibt allerdings wie bereits erwähnt auch indirekte Formen. Virtuelle Simulationen (Stetina et al., 2009) und verschieden kognitive verhaltenstherapeutische orientierte Interventionsprogramme wurden in den letzten Jahren entwickelt und erfolgreich eingesetzt (Vernmark et al., 2010; Cavanagh & Shapiro, 2004).

Im Jahr 1997 wurde die International Society for Mental Health Online gegründet. Diese hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Verständnis, die Nutzung und Entwicklung von Online-Kommunikation und Online-Information zu fördern. Mittlerweile existieren

sogenannte E-Kliniken, in denen professionell ausgebildete Therapeuten ihre Hilfe anbieten. In einer Art Gemeinschaftspraxis können Therapeuten für einen geringen Beitrag ihre Dienste anbieten. Hilfesuchende können aus einer Liste von Therapeuten und Interventionsformen wählen. Durch die Möglichkeit Ansprache von Online-Interventionen hat die Kommunikationsweise und die Wahrnehmung der Umwelt verändert. Künftig wird jeder Internetnutzer virtuell und individuell Hilfe einholen können (Skinner & Zack, 2004).

2.1.2 Zielgruppen

Online-Interventionen richten sich vorrangig an Personen, die eine traditionelle Therapie nicht finanzieren könnten und Personen, die Distanz bewahren wollen. Zusätzlich profitieren Personen, die in psychosozial unterversorgten Gebieten wohnen oder an körperlicher Behinderung leiden (Laszig & Eichenberg, 2003). Allerdings ist Online-Intervention keine Alternative für jedermann. Es gibt eine Reihe von Personen, die Online-Interventionen bevorzugen (Cook & Doyle, 2002). Es konnten Effekte im Bereich Kommunikation, psychisches Wohlbefinden und soziales Engagement abhängig von der Persönlichkeit nachgewiesen werden. Extravertierte Personen pflegen mehr Kontakte im Internet, während diese bei introvertierten Personen sogar noch abnehmen. In Bezug auf Einsamkeit zeigt sich, dass diese bei introvertierten Personen zunimmt und bei extravertierten Personen sinkt (Kraut et al., 2002). Introvertierte Personen oder Personen mit Angst und Panikstörungen bevorzugen Online-Interventionen. Anonymität und Kontrolle spielen dabei eine wichtige Rolle (Cook & Doyle, 2002). Cook und Doyle (2002) gehen davon aus, dass Personen, die online Hilfe suchen, sich von jenen unterscheiden, die generell Hilfe in Anspruch nehmen. Rochlen, Beretva und Zack (2004) untersuchten die Einstellung zu Online-Interventionen und kamen zum Ergebnis, dass Männer und Frauen sich nicht ihrer Einstellung unterscheiden. Die Einstellung gegenüber konventionellen Behandlungsformen war bei beiden Geschlechtern positiver als gegenüber einer Online-Intervention. Das könnte daran liegen, dass eine konventionelle Therapie bekannter und somit vertrauter ist, aber auch ethische Bedenken könnten eine Rolle spielen. Zusätzlich spielt die Erwartung der Klienten an eine Online-Intervention eine bedeutende Rolle. Durch die Neuheit der Angebote könnten falsche Erwartungen an eine Online-Intervention entstehen (Rochlen, Zack & Speyer, 2004).

Das Internet erlaubt uns Einfluss darauf zu nehmen unser Selbst zu präsentieren sowie verschiedene Identitäten anzunehmen. Aufgrund fehlender persönlicher Kontakte entsteht eine neue Form der Kommunikation, die frei von Befangenheit aufgrund visueller Reize ist. Es kann allerdings psychologischer Stress ausgelöst werden, wenn die Online- und Offline-Persönlichkeit große Differenzen aufweisen (Gackebach & Stackelberg, 2007). In den USA hat Online-Behandlung einen hohen Stellenwert. 25 Prozent der Internetnutzer würden Umfragen zufolge eine solche in Anspruch nehmen (Ott, 2003).

2.1.3 Setting

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten der Online-Intervention (Rochlen, Zack & Speyer, 2004), die sich durch die Besonderheit der Online-Kommunikation ergeben. Zusätzlich existieren verschiedene Behandlungsansätze, die sich in der Häufigkeit und Intensität des Kontaktes unterscheiden (Kersting et al., 2009). Die einzelnen Therapeuten haben unterschiedliche Angebote entwickelt. Einige verrechnen Pauschalen, andere wiederum nach Zeitaufwand oder nach Anzahl der versendeten E-Mails (Rochlen et al., 2004). Anbieter von Online-Interventionen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausbildung sowie auch ihrer Angebote (Stetina et al., 2009). Bei Jandl-Jäger, Strobl und Cyzponka (2004) findet sich eine Auflistung der Kommunikationsmittel, die im Rahmen einer Online-Intervention eingesetzt werden können. Dazu zählen E-Mail, Formulare, Chat oder ICQ, Telefon, Videokonferenz, Forum, Post, virtuelles Sprechzimmer sowie Internet-Telefonie. Die Autoren weisen allerdings auch die begrenzten technischen Möglichkeiten des Einsatzes einer dieser Mittel hin. Lehenbauer und Stetina (2009) beschreiben in ihrer Untersuchung den Einsatz virtueller Simulationen. Diese ermöglichen Kommunikation in einem annähernd realen Kontext und gleichzeitig das Eintauchen in eine virtuelle Welt, wodurch Hemmschwellen gesenkt werden und die Nutzer sich leichter öffnen können. Heute findet Online-Intervention vorrangig über E-Mail Kommunikation statt (Mallen & Vogel, 2005). Mallen und Vogel (2005) sind der Ansicht, E-Mails seien das elektronische Pendant zu Briefen. E-Mail Kommunikation erfolgt asynchron und zeitversetzt. Der Empfänger muss nicht gleichzeitig mit dem Verfasser online sein. Er kann E-Mails auch zu einem späteren Zeitpunkt lesen. Es kann dadurch zu unterschiedlichen Intervallen in der Kommunikation kommen (Mallen & Vo-

gel, 2005). Asynchrone Kommunikation hat für den Nutzer sowohl Vorteile im Sinne von Flexibilität als auch Nachteile, indem diese für einen Beziehungsaufbau hinderlich sein kann (King & Moreggi, 2007). Das Honorar für E-Mail Interventionen ergibt sich entweder aus der Länge der Nachricht oder dem Zeitaufwand. Bei einigen Anbietern ist der Erstkontakt kostenlos, bei manchen aber auch teurer als die folgenden Nachrichten. Die Abrechnung erfolgt pauschal oder nach Anzahl der Seiten oder Zeilen, manchmal eben auch nach Zeitaufwand (Laszig & Eichenberg, 2003). In Österreich sind auch einige kostenlose Angebote zu finden (Stetina et al., 2009). Eine ähnliche Kommunikationsform ist das web-based messaging. Hier erfolgt die Kommunikation über verschlüsselte Formulare direkt über die Webseite des Anbieters (Laszig & Eichenberg, 2003).

Kommunikation via Chat ist die zweithäufigste Form von Online-Interventionen (Stetina et al., 2009). Es handelt sich dabei um eine Urform der Online-Kommunikation (Rünger & Haverkamp, 2003). Der Kommunikationspartner muss dazu gleichzeitig online sein um das Geschehen zu verfolgen. Außerdem können sich mehrere Teilnehmer gleichzeitig am Kommunikationsprozess beteiligen (Mallen & Vogel, 2005). Oftmals findet die Kommunikation über geschlossene Räume statt, die nur von geladenen Teilnehmern betreten werden können (Eichenberg & Laszig, 2003). Das Honorar wird entweder pro Minute oder pro Sitzung verrechnet. Kostenloser Kontakt in Form von Chats wird am häufigsten in Deutschland angeboten. In den USA sind Online-Interventionen in allen vorkommenden Typen am teuersten (Stetina et al., 2009). Forenbeiträge als eine abgewandelte Art von Chats in Form von zeitversetzter Kommunikation ist vor allem im deutschsprachigen Raum verbreitet. Dazu ist es meist notwendig, sich auf einem Portal anzumelden um Beiträge zu hinterlassen, die dann kommentiert werden (Rünger & Haverkamp, 2003).

Audio- und Videokonferenzen stellen eine kostengünstige Alternative zu telefonischen Interventionen dar (Eichenberg & Laszig, 2003). Sie sind derzeit noch eingeschränkt möglich (Laszig & Eichenberg, 2003) und werden nur selten verwendet, da nicht jedermann Zugang zur notwendigen Technologie hat. Durch Videokonferenzen kommt mehr Dynamik in den Kommunikationsprozess, die durch Audiounterstützung noch verstärkt wird. Auch hier erfolgt die Kommunikation synchron (Mallen & Vogel, 2005) und direkt (Ott & Morschheuser, 2003). Es sind auch Kombinationen von Online-Intervention und face-to-face Interventionen möglich (Rochlen, Zack & Speyer, 2004).

Gelegentlich werden auch Tests und Fragebögen eingesetzt (Laszig & Eichenberg, 2003). Die einzelnen Möglichkeiten werden je nach Störungsbild unterschiedlich eingesetzt (Ott & Morschheuser, 2003).

Es werden kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Online-Interventionen unterschieden (Eichenberg, 2003). Es finden sich Vereine, gemeinnützige Vereine, Universitäten, Arbeitsgruppen und Privatpersonen unter den Anbietern von Online-Interventionen (Stetina et al., 2009). Kostenpflichtige Angebote werden nur selten in Anspruch genommen. Professionisten haben meist noch ungenutzte Ressourcen. Kostenlose Beratung hingegen ist sehr gefragt (Eichenberg & Laszig, 2003). Informationssuche erfolgt meist via Chat oder über Selbsthilfeangebote. Professionelle psychologische Hilfe hingegen findet vorwiegend mittels E-Mail statt (Döring, 2003b). Verglichen mit der Nachfrage nach Selbsthilfeangeboten wird Online-Gruppentherapie überraschend selten genutzt. Doch gerade Online-Gruppen stellen eine geeignete Form der gegenseitigen Unterstützung dar (King & Moreggi, 2007). Online-Interventionen werden im Bereich der Nachversorgung im Anschluss an eine stationäre Therapie eingesetzt um Therapieerfolg zu stabilisieren (Bauer & Kordy, 2008). Die Nutzung der Angebote ist nicht an Öffnungszeiten gebunden (Hintenberger & Kühne, 2009). Fragen bezüglich gesetzlichen und rechtlicher, aber auch ethischer Bedenken sind nach wie vor offen (Alleman, 2002).

2.2 Qualitätssicherung bei Online-Interventionen

Es gibt Befürworter und Gegner von Online-Intervention. Kritiker sorgen sich um die Qualität der Behandlung sowie um die Frage der Zuständigkeit und Verantwortung im Krisenfall (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Bedenken bestehen hinsichtlich Diskretion und Vertraulichkeit von Informationen über Klienten; Validität und Gültigkeit der Daten, Bewusstsein über spezifische kulturelle und Umgebungsfaktoren des Klienten und vieles mehr (Heinlen, Reynolds Welfel, Richmond & Rak, 2003). Eichenberg und Ott (2003) verweisen auf die Notwendigkeit der genauen Prüfung onlinevermittelter Informationen und vorhandener Angebote. Probleme können in der Unterscheidung seriöser und unseriöser Angebote bestehen (Eichenberg, 2009). Die Herausforderung liegt darin, Hindernisse zu überwinden sowie den Ansprüchen der Klienten und Professio-

nisten gerecht zu werden (Nickelson, 1998). Fragen der Kostenübernahme, der Zulassung und des Missbrauchs sind ebenso wichtig, wie die verbindliche Etablierung von Standards und verantwortliche Umgang mit vertraulichen Informationen (Jerome et al., 2000).

2.2.1 Bemühungen in den USA

Erste Ansätze Online-Intervention zu regeln sind in den USA zu finden (Heinlen, Reynolds et al., 2003). Bereits 1995 wurde ein Online-Gütesiegel im Gesundheitsbereich entworfen. Die Stiftung *Health on the Net* erarbeitete im *HONCode* Standards für Informationen, die im Internet zur Verfügung gestellt werden (Eidenbenz, 2009). 1999 wurden erste Regeln für Anbieter von Online-Intervention von der *American Counseling Association* (ACA) und dem *National Board for Certified Counselors* (NBCC) herausgegeben (Bloom, 1998). Diese haben allerdings nur unverbindlichen Charakter und basieren auf Freiwilligkeit (Heinlen et al., 2003). Diskretion und Vertraulichkeit, Aufbau einer Online-Beziehung und rechtliche Angelegenheit werden in den Richtlinien der ACA behandelt (Manhal-Baugus, 2001). Webseiten des Anbieters müssen sicher und die Nachrichten verschlüsselt sein. Der Professionist ist verpflichtet sich gegenüber dem Klienten zu identifizieren sowie über die Grenzen und Einschränkungen von Online-Intervention zu informieren (Alleman, 2002). Heinlen und seine Kollegen (2003) untersuchten insgesamt 136 Webseiten auf Vorhandensein der von der NBCC vorgeschlagenen Standards für Online-Intervention und kamen zum Ergebnis, dass viele Vorschläge nicht oder nur ungenügend eingehalten wurden. Die umfangreichsten Richtlinien stammen von der *International Society for Mental Health Online* (ISMHO) (Heinlen et al., 2003). Die *American Psychological Association* (APA) verweist vor allem auf lokale Gesetze und Regeln (Alleman, 2002). Außerdem macht sie auf den Informed Consent, die Grenzen der Vertraulichkeit, die Vermeidung von Fehlinformation und irreführenden Aussagen sowie die Präsentation der Anbieter aufmerksam (Mallen, Vogel & Rochlen, 2005). Der Therapeut ist für die Vertraulichkeit der Daten verantwortlich. Er hat für entsprechende technologische Standards zu sorgen, seine Identität klar anzugeben als auch sein Angebot und seine Kompetenz auszuweisen. Zusätzlich muss auf Einschränkungen von Online-Intervention hingewiesen werden. Es liegt in der Verantwortung des Professionisten über ausreichend Kompetenz und Erfahrung im

Bereich von Online-Interventionen sowie spezifisches Störungswissen zu verfügen (Mallen et al., 2005)

2.2.2 Bemühungen in Europa

Mängel in den vorhandenen Online-Angeboten haben dazu geführt, dass Funke, Stumpf, Weichselgartner und Wilkening (2003) Kriterien für Online-Interventionen entwickelt haben. Sie nennen zwei unterschiedliche Arten der Qualitätssicherung. Dies kann entweder in Form von Nutzerqualifikation geschehen, indem der jeweilige Anwender durch Erfahrung im Umgang mit Online-Angeboten selbst für die notwendige Qualität sorgt und qualitativ hochwertige Angebote erkennt oder aber durch Festlegung von Standards. Bereits 2001 hat die Kommission für Information und Kommunikation der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* Kriterien festgelegt, die das Online-Angebot regeln sollten. Diese Kriterien betreffen formale Regelungen, die Inhalte der Webseiten, die dahinterstehende Technik, die Informationskodierung und Präsentationstechniken und Darbietung von Informationen, die Ergonomie und das Design. Eine besondere Rolle kommt der Wissensvermittlung zu (Funke et al., 2003). Auch vom *Berufsverband Deutscher Psychologen* wurden Richtlinien für Anbieter von Online-Interventionen entwickelt. Dazu zählen Ausbildung zum Diplompsychologen inklusive Teilnahme an einem Grundkurs für Gesprächsführung und Krisenintervention, Einhaltung von Schweigepflicht, Anonymität und Vertraulichkeit sowie Datensicherheit (Bauer et al., 2005; Laszig & Eichenberg, 2003). Zusätzlich wurde ein Gütesiegel psychologischer Online-Intervention eingeführt (Laszig & Eichenberg, 2003). Bei der Vergabe werden allerdings nur die Rahmenbedingungen der Online-Intervention beachtet, nicht die Qualität der Beratung selbst (Bauer et al., 2005). Die *Deutsche Gesellschaft für Onlineberatung* hat sich ebenfalls um Qualitätsstandards im Bereich der Online-Interventionen bemüht. Dazu zählen ebenfalls Ausbildung im psychosozialen Bereich sowie Fortbildungen. Zusätzlich wird Erfahrung sowohl in der klassischen face-to-face Behandlung als auch in medienbasierter Intervention verlangt. Ein besonderer Stellenwert kommt auch der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Online-Intervention zu (Eidenbenz, 2009). In Deutschland sind sowohl die Online-Ausübung des Arztberufs sowie Online-Diagnosen verboten (Bauer et al., 2005).

In der Schweiz wurden 2003 erste Standards in Bezug auf Online-Interventionen entworfen. Ausgehend von einer Definition von Online-Beratung erstellte der *Fachverband der Schweizer Psychologen* ein Kompetenzprofil für Online-Berater, dass 2006 um Qualitätskriterien für psychologische Angebote erweitert wurde (Eidenbenz, 2009). Darin sind allgemeine Regelungen zur Gestaltung einer Website enthalten als auch Leitlinien zum Angebot und zur Durchführung von Online-Interventionen. Die spezifischeren Regelungen umfassen die Identifikation der Anbieter sowie die Transparenz des Angebotes und der Kompetenz des Anbieters. Außerdem werden Grenzen und Kontraindikation erwähnt. Vertraulichkeiten, Schweigepflicht und Datensicherheit sowie rechtliche Aspekte, ethische Fragen und auch die Werbung sowie die Angabe von Links auf der eigenen Website sind enthalten (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, 2006). Die Einhaltung liegt jedoch auch hier in der Verantwortung der Professionisten.

In Österreich ist die Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit geregelt (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Aufgrund des hohen Stellenwertes verbaler, vor allem aber auch nonverbaler Kommunikation für den therapeutischen Prozess ist psychotherapeutische Behandlung via Internet nicht erlaubt, da diese gegen grundlegende Prinzipien verstoßen würde. Psychotherapeutische Online-Beratung ist prinzipiell möglich, allerdings existieren Probleme in der Abgrenzung der beiden Termini. Zusätzlich ist die Einhaltung der Berufspflichten geregelt. Diese umfassen Bereiche der Ausbildung und Ausübung, der Verschwiegenheit, der Einhaltung der Rahmenbedingungen sowie Regelungen zur Einhaltung technischer Standards. Geregelt ist darin die Datensicherheit, die Werbebeschränkung und die Einhaltung des E-Commerce-Gesetzes sowie des Konsumentenschutzes (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Für eingehendere Informationen zu den jeweiligen Verpflichtungen sei auf die Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit www.bmf.gv.at verwiesen. Angemerkt sei an dieser Stelle auch, dass in Österreich keine Bestrebungen vorhanden sind, ein Gütesiegel ähnlich dem des *Berufsverbandes Deutscher Psychologen* zu entwerfen (Stetina & Kryspin-Exner, 2009).

Qualitätssicherung im Bereich der Online-Interventionen ist vor allem wichtig um Angebote auch für Laien übersichtlich und fachlich qualifizierte Angebote erkennbar zu machen. Um die Qualität einer Online-Intervention beurteilen zu können, muss einerseits

die Kompetenz der Berater als auch die formale Qualität sowie die Prozessqualität betrachtet werden (Eidenbenz, 2009). Nicht jeder Psychologe und Therapeut ist für Online-Intervention geeignet. Seine Eignung wächst mit seiner Erfahrung, hängt aber auch von seiner Persönlichkeit ab. Da die Körpersprache wegfällt, ist schriftliches Ausdrucksvermögen besonders bedeutsam (Mallen et al., 2005). Anbieter von Online-Interventionen unterliegen denselben Verpflichtungen wie Anbieter klassischer Behandlung (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Es ist noch immer unklar, wie das Angebot von Online-Interventionen über staatliche Grenzen hinaus geregelt werden könnte, da die gesetzlichen Regelungen in den meisten Ländern meist unterschiedlich sind (King & Moreggi, 2007). Eidenbenz und Lang (Eidenbenz, 2009) entwickelten ein integratives Qualitätssicherungsmodell, dass dem Berater während des Beratungsprozesses helfen soll systematisch vorzugehen und den gesamten Beratungsprozess umfasst. Wenngleich Richtlinien existieren, bedeutet das nicht, dass alle Anbieter von Online-Intervention sich auch daran halten (Koocher & Morray, 2000). Befürchtungen Technologien könnten negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben, konnten nicht bestätigt werden. Ganz im Gegenteil ist es sogar sehr einfach online Beziehungen aufzubauen (Newman, 2004). Es konnten keine negativen Auswirkungen auf einen Interventionsprozess nachgewiesen werden (Skinner & Zack, 2004). Gegner von Online-Interventionen hätten sich laut Skinner und Zack (2004) nicht genügend mit Online-Interventionen und deren Nutzen auseinander gesetzt oder seien nicht veränderungsbereit. Online-Interventionen stellen ein neues Betätigungsfeld für Psychologen und verwandte Berufe dar. Wie bereits erwähnt, bieten sie viele Vorteile, bergen aber ebenso Risiken (Koocher & Morray, 2000).

2.3 Chancen und Herausforderungen

Die Möglichkeit von Online-Interventionen wurde in Wissenschaft und Praxis thematisiert (Ott & Morschheuser, 2003) und wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Es werden sowohl Vorteile als auch Herausforderungen für den Nutzer und den Anbieter angeführt (Eichenberg, 2003). Bei einer klassischen face-to-face Behandlung befinden sich die Teilnehmer physisch im selben Raum, während bei einer Online-Intervention die Teilnehmer über weite Distanzen getrennt sein können. Sie kommunizieren über Technologien miteinander (Mallen & Vogel, 2005).

Über das Internet können große Populationen erreicht werden. Somit kann Intervention auch in unterversorgten Gebieten stattfinden (Bauer & Kordy, 2008). Online-Intervention ist auch für Personen zugänglich, die sonst nicht die Möglichkeit hätten eine Behandlung in Anspruch zu nehmen (Laszlo et al., 1999). Geografisch oder gesellschaftlich isolierte oder stigmatisierte Gruppen können erreicht werden (Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006). Personen erhalten Hilfe in gewohnter Umgebung und entgehen womöglich Stigmatisierung (Stallard, Richardson & Velleman, 2010). Der Vorteil der Überwindung geographischer Grenzen (Nickelson, 1998) birgt gleichzeitig auch einen wichtigen Nachteil in sich. Bisher existieren keine internationalen Gesetze betreffend Online-Interventionen. So kann es vorkommen, dass der Professionist möglicherweise in einem bestimmten Land nicht einmal die Voraussetzungen behandeln zu dürfen erfüllt (Manhal-Baugus, 2001).

Auch Bequemlichkeit und Komfort spielen eine Rolle (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Vor allem in der jungen Generation ist das Internet ein häufig genutztes Kommunikationsmedium (Griffiths et al., 2006). Viele sind aufgrund des alltäglichen Umgangs mit dem Medium Internet so vertraut, dass dieses auch erste Wahl bei einer Beratung ist (Hintenberger & Kühne, 2009). Zeitliche und örtliche Flexibilität spielt hierbei eine große Rolle (Bauer et al., 2005). Online-Intervention findet meist via E-Mail statt. Es müssen keine Termine eingehalten werden. Das trifft allerdings nur bei asynchroner Kommunikation zu (Manhal-Baugus, 2001). Durch die Zeitverschiebung in der Kommunikation erleben Patienten ein Gefühl von Kontrolle (Griffiths et al., 2006; Kersting, et al., 2009). Sie können den Hilfesuchenden aber auch verunsichern (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Der Entscheidungsspielraum des Patienten ist im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung erweitert. Das kann allerdings auch dazu führen, dass der Kontakt vollständig gemieden wird. Ein Wechsel des Therapeuten bei Unzufriedenheit fällt leichter (Manhal-Baugus, 2001) Aufgrund von Anonymität kann ein unverbindlicher Charakter der Behandlung entstehen, was zu höheren Abbruchraten führt (Lehenbauer & Stetina, 2009) Deshalb ist es wichtig, Regeln festzulegen und Verbindlichkeiten herzustellen (Kersting et al., 2009).

Viele Personen fühlen sich auch gehemmt direkt Kontakt zu einem Therapeuten aufzunehmen (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Eine Online-Intervention bietet Unabhängigkeit und Anonymität (Kersting et al., 2009; Manhal-Baugus, 2001). Hemmschwellen können gesenkt werden (Bauer et al., 2005; Gackebach & Stackelberg, 2007; Man-

hal-Baugus, 2009) und der Patient kann so Bedenken abbauen (Kersting et al., 2009). Allerdings verhalten sich Hilfesuchende online anders als sie das im realen Leben tun würden (Gackebach & Stackelberg, 2007; Manhal-Baugus, 2001). Personen haben mehr Einfluss auf die Selbstdarstellung. Sie nimmt Druck vom Klienten, der dadurch weniger Angst hat, verurteilt zu werden. Das wiederum wirkt sich positiv auf den Wahrheitsgehalt der Erzählungen aus (Lingley-Pottie & McGrath, 2007). Sie können auch gewissen Themen außer acht lassen (Hintenberger & Kühne, 2009). Alleman (2002) stellt die Frage in den Raum, warum eine Person, die online Hilfe sucht und dafür auch bezahlt, überhaupt noch lügen sollte, wenn sie doch anonym bleiben kann. Anonymität (Lingley-Pottie & McGrath, 2007) sowie Interaktionen und Rückmeldungen auf Übungen und Aufgaben haben Auswirkungen auf die Compliance und letztendlich auf den Therapieerfolg (Bauer & Kordy, 2008). Der Therapeut kann objektiv Feedback geben sowie Information über aufrecht erhaltende Faktoren eines Problems oder den Fortschritt und Nutzen einer Therapie formulieren (Newman, 2004).

Internetbasierte Kommunikation hat Einfluss auf die Beziehung zwischen Patient und Therapeut (Kersting et al., 2009). Patient und Therapeut können im E-Mail Kontakt ihre Antworten reflektieren (Alleman, 2002; Kersting et al., 2009; Manhal-Baugus, 2001). Auch Personen, die lieber schriftlich über ihre Probleme Auskunft geben, profitieren von den Online-Angeboten (Eichenberg, 2003; Hintenberger & Kühne, 2009). Das Niederschreiben von Problemen allein kann schon therapeutischen Effekt haben (Eichenberg, 2003; Manhal-Baugus, 2001). Betroffene identifizieren ihre Probleme und denken ernsthaft darüber nach (Manhal-Baugus, 2001). Vielen Personen fällt es leichter schmerzhaftes Erlebnisse oder unangenehme Gedanken online mitzuteilen (Kersting et al., 2009). Andererseits fühlt sich nicht jeder wohl dabei, schriftlich seine Gefühle und Gedanken auszudrücken. Deshalb ist Online-Intervention nicht für jedermann das geeignete Medium (Griffiths, 2005). Der Einsatz von computervermittelter Kommunikation wird heftig diskutiert. Gegner sind der Ansicht, durch fehlenden persönlichen Kontakt könne keine Beziehung aufgebaut und kein Vertrautes hergestellt werden (Haythornthwaite & Nielsen, 2007). Textbasierte Kommunikation wirkt unpersönlicher als von Angesicht zu Angesicht (King & Moreggi, 2007). Andererseits wird genau das Fehlen visueller Anhaltspunkte auch als Vorteil erlebt (Gackebach & Stackelberg, 2007). In Gedanken malt der Nutzer sich sein eigenes Bild vom anderen. Unterschiede, die das Entstehen einer Beziehung im persönlichen Kontakt verhindern würden, treten dabei in den Hintergrund (King & Moreggi, 2007). Zur computervermittelten

Kommunikation und ihren Besonderheiten wurden bereits einige Theorien erstellt, die sich in drei Gruppen einteilen lassen und gegenseitig ergänzen. Die Theorien zur Medienwahl, zu Medienmerkmalen und zum medialen Kommunikationsverhalten wurden in medienökologisches Rahmenmodell integriert. mit dessen Hilfe computervermittelte Kommunikation beschrieben werden sollen (Döring, 2003a).

Fehlende nonverbale Kommunikation stellt eine wichtige Einschränkung dar (Alleman, 2002). Soziale Hinweisreize (Laszlo et al., 1999), Blickkontakt und Veränderungen des Ausdrucks (Kersting et al., 2009) als Körperhaltung und Tonfall fehlen (Manhal-Baugus, 2000). Diese können auch nicht ersetzt werden (Alleman, 2002). Es kann auch zu Missverständnissen beim Lesen kommen, die durch den fehlenden persönlichen Kontakt nicht sofort aufgeklärt werden können (Childress, 1998). Es kann leichter zu Missverständnissen kommen (Kersting et al., 2009), deren Aufklärung über ausschließlich schriftliche Kommunikation erschwert wird (Manhal-Baugus, 2000). Der Professionist ist demnach angewiesen sich deutlich auszudrücken (Kersting et al., 2009). Einzige Hilfe zur Interpretation des Geschriebenen sind vorherige Kontakte (King & Moreggi, 2007). Nichtsdestotrotz gibt es auch schriftlich viele Ausdrucksmöglichkeiten durch Verwendung unterschiedlicher Schriftarten und Schriftgröße, Satz- und Leerzeichen (Alleman, 2002) und Emoticons (King & Moreggi, 2007).

Aufgrund dieser besonderen Situation ergibt sich auch eine neue Art der therapeutischen Beziehung. Diese unterscheidet sich von einer herkömmlichen Beziehung, da hier ausschließlich schriftliche Kommunikation vorliegt und sie meist zeitversetzt geschieht (Wagner & Maercker, 2009). Theoretische Grundlagen von face-to-face Behandlungen können nicht einfach auf Online-Interventionen übertragen werden (Manhal-Baugus, 2001). Zudem existieren Unsicherheiten, ob Online-Intervention eine Form von Psychotherapie darstellt (Laszlo et al., 1999). Skinner und Zack (2004) sind der Ansicht, man könne face-to-face Behandlung und Online-Intervention nicht miteinander vergleichen. Es handle sich um zwei verschiedene Angebote. Allerdings habe Online-Intervention großes Potential. Auch Nickelson (1998) meint, Online-Interventionen können face-to-face Kommunikation nicht ersetzen. Wichtige Bestandteile von Psychotherapie sind verbale, aber auch nonverbale Kommunikation. Technologien sind nicht in der Lage nonverbale Informationen angemessen zu übermitteln (Nickelson, 1998). Kommunikation ist ein komplexer Prozess, der nicht allein durch das Versenden von Botschaften entsteht und die Teilnehmer beeinflusst (Döring, 2003a, S. 39). Es beste-

hen Zweifel, dass eine therapeutische Beziehung ohne nonverbale Hinweise aufgebaut werden kann (Cook & Doyle, 2002). Die Identität des anderen ist nicht bekannt (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Kulturelle Hintergründe sind nicht sofort ersichtlich, was zu Problemen in der Kommunikation führen kann (Manhal-Baugus, 2001). Cook und Doyle (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass dies jedoch eher von der Einstellung der Klienten abhängt. Sind diese einer Online-Intervention gegenüber positiv eingestellt, kann eine gute, empathische therapeutische Beziehung unabhängig von der Kommunikationsart sehr wohl entstehen.

Natürlich spielt auch der finanzielle Aspekt eine wesentliche Rolle (Eichenberg, 2003). Ein wesentlicher Vorteil von Online-Intervention sind die geringeren Kosten im Vergleich zu einer traditionellen Therapie (Kersting et al., 2009). Zudem erhalten Hilfesuchende online meist früher Hilfe als Personen, die klassische Behandlung aufsuchen (Stallard et al., 2010). Sie müssen keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen (Cavanagh & Shapiro, 2004). Dadurch ergibt sich eine verkürzte Leidensdauer (Bauer & Kordy, 2008). Die multimediale Präsenz im Rahmen einer Online-Intervention hat auch Vorteile für die Nutzer. Psychoedukation und Informationsvermittlung fallen via Internet leichter (Bauer et al., 2005). Der Therapeut kann einfach und schnell Informationen weiterleiten (Grohol, 2000; Laszlo et al., 1999; Mallen & Vogel, 2005) oder auf seiner Webseite veröffentlichen (Griffiths, 2005). Informationen über Krankheiten und deren Ursachen, Verlauf und Behandlung, sind somit immer zugänglich (Bauer & Kordy, 2008).

Allerdings ist Krisenintervention beinahe unmöglich (Mitchell & Murphy, 1998) und stellt eine besondere Herausforderung an den Therapeuten dar. Deshalb sollte dieser einige Grunddaten vom Klienten haben um in Notfall helfen zu können. Ein Vorgehen im Notfall muss auf jeden Fall mit dem Klienten abgeklärt werden (Mallen et al., 2005). Kontraindikation betrifft vor allem Personen mit suizidalen Tendenzen (Laszlo et al., 1999). Es können auch eine Reihe technischer Probleme auftreten (Heinlen et al., 2003). Vertraulichkeit von anvertrauten Informationen (Bauer et al., 2005), Datenübertragung und Speicherung stellen nach wie vor Herausforderungen für den Professionisten dar. Mittlerweile wurden jedoch Möglichkeiten entwickelt die Handhabung nutzerfreundlich zu gestalten (Bauer & Kordy, 2008). Außerdem bestehen dieselben Unsicherheiten betreffend Diskretion und Vertraulichkeit auch in einer traditionellen Behandlung (Manhal-Baugus, 2001). Auch das Internet selbst und im Speziellen die sich darin befindlichen

Angebote, können schädlichen Einfluss auf den Nutzer haben. Es existieren beispielsweise Suizidforen (Bauer & Kordy, 2008). Aber auch die Informationssuche selbst kann den Nutzer beeinträchtigen und sogar zwanghaft werden (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Das Internet hat hohes Suchtpotential (Chou et al., 2005). Es liegt im Ermessen der Therapeuten, ob ein Klient für eine Online-Intervention geeignet ist (Bauer & Kordy, 2008).

Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Online-Interventionen

Vorteile	Nachteile
Anonymität	Erleichterter Therapeutenwechsel aufgrund
Erreichbarkeit – Überwindung geographischer	Fehlende internationale Gesetze
Bequemlichkeit und Komfort	Identität unklar
Überwindung von Stigmatisierung	Selbstdarstellung kann verzerrt sein
Zeitliche und örtliche Flexibilität	Fehlende nonverbale Kommunikation
Therapeut kann antworten reflektieren	Fehlender persönlicher Kontakt
Geringe Kosten	Textbasierte Kommunikation nicht für jeder-
Keine Wartezeiten	Technische Probleme
Informationsübermittlung erleichtert	Diskretion und Vertraulichkeit fraglich

Es konnten viele positive Ergebnisse hinsichtlich Online-Intervention gefunden werden. Zudem steigt die Bereitschaft eine Online-Intervention einzugehen mehr und mehr (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Trotz aller Vorteile und erfolgversprechenden Ergebnisse kann eine Online-Intervention eine Psychotherapie nach wie vor nicht ersetzen. Sie sollte vielmehr als Ergänzung zur klassischen Behandlung gesehen werden (Eichenberg & Laszig, 2003). Oftmals findet man auch eine Kombination aus internetbasierten Interventionen und traditioneller Behandlung (Bauer & Kordy, 2008). Eine Online-Intervention kann auch dazu dienen Berührungsängste zu vermindern (Eichenberg & Laszig, 2003) und in Ergänzung zu einer traditionellen, realen Behandlung (Bauer & Kordy, 2008; Eichenberg & Laszig, 2003; Griffiths, 2005).

2.4 Effektivität von Online-Behandlung

In der Fachliteratur existieren bereits einige vielversprechende Wirksamkeitsstudien hinsichtlich Online-Intervention (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Erste Ergebnisse sprechen für deren Einsatz (Cook & Doyle, 2002). Ott (2003) führte eine Analyse der vorhandenen Literatur über die Effektivität von Online-Interventionen durch. In den einzelnen Studien wurden unterschiedliche Störungsbilder, wie Angststörungen, depressiven Störungen, Essstörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung sowie substanzbezogene Störungen behandelt. Über alle einbezogenen Studien konnten bei 86,7% der Teilnehmer positive Effekte nachgewiesen werden (Ott, 2003). In der Mehrheit der publizierten Studien konnten positive Ergebnisse erzielt werden Bereich (Cavanagh & Shapiro, 2004). Auch Andersson (2009) liefert eine Auflistung zahlreicher Studien zum Einsatz internetbasierter kognitiver Verhaltenstherapie, die im Bereich von Panikstörungen, Sozialen Phobien und Posttraumatischer Belastungsstörung, aber auch bei Affektiven Störungen zu Symptomreduktion führte. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Titov, Andrews, Johnston, Robinson und Spence (2010). Effektivität von Online-Interventionen, speziell der Einsatz internetbasierter kognitiver Verhaltenstherapie konnte in Bezug auf Depression, generalisierte Angststörungen und Sozialphobie nachgewiesen werden. Kognitiv-behaviorale Techniken scheinen für den Einsatz bei Online-Interventionen besonders geeignet zu sein (Mallen et al., 2005). Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie besteht meist aus mehreren Online-Einheiten und Hausaufgaben. Die Klienten werden während des gesamten Prozesses von einem Professionisten begleitet (Titov et al., 2010). Zu den angewandten Methoden zählen unter anderem kognitive Umstrukturierung, Problemlösetrainings, Selbstmanagement-Trainings und Aufmerksamkeitstrainings (Ott, 2003). Verzerrte Gedanken und fehlerhafte Denkvorgänge können direkt aus den Texten herausgelesen werden. Allerdings ist es online schwieriger auf Affekte rückzuschließen (Mallen et al., 2005). Carlbring und seine Kollegen (2005) vergleichen in ihrer Studie die Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie mit jener eines Online-Selbsthilfeprogrammes bei Agoraphobie. Sie kommen zum Schluss, dass ein Selbsthilfeprogramm in Kombination mit wenig therapeutischem Kontakt ebenso effektiv sein kann, wie traditionelle kognitive Verhaltenstherapie. Verbesserungen wurden in den Bereichen körperlicher Symptome, Gedanken, Vermeidungsverhalten und Depression erzielt. Computer können einen Therapeuten allerdings nicht vollkommen ersetzen. Die Anleitung durch einen Professionisten ist

ausschlaggebend für die Wirkung einer Online-Intervention (Andersson, 2009). Auch Cavanagh und Shapiro (2004) sind der Ansicht, dass Online-Interventionen vor allem bei Angststörungen und Depressionen zu vergleichbaren Ergebnissen führen können wie eine face-to-face Behandlung. Reger und Gahm (2009) untersuchten in einer Metaanalyse die Wirkung von internetbasierter kognitiver Verhaltenstherapie. Die klinischen Effekte waren ähnlich den Erfolgen traditioneller Interventionen. In der Untersuchung von Jedlicka und Jennings (2001) konnten bei einer Online-Paartherapie ähnliche Ergebnisse wie bei einer konventionellen Therapie erzielt werden (Jedlicka & Jennings, 2001). Es kann allerdings nicht jede Erkrankung sinnvoll via Online-Intervention behandelt werden (Alleman, 2002).

Cook und Doyle (2002) konnten nachweisen, dass das Arbeitsbündnis bei Online-Interventionen etwas besser war als bei herkömmlicher Intervention. Das kann als Hinweis auf Effektivität und Eignung von Online-Intervention gesehen werden. Es handelt sich dennoch um eine relativ neue Erscheinung, mit der die Nutzer noch wenig vertraut sind. Dadurch kann auch eine gewisse Zurückhaltung erklärt werden. Mit steigender Gewohnheit könnte es sich zu einer Alternative zur herkömmlichen Intervention für Anbieter und Nutzer entwickeln. Konsumenten müssen sich allerdings erst klar werden, was Online-Intervention eigentlich ist und was es nicht ist (Skinner & Zack, 2004). Das Internet ist jedoch kein Ersatz für reale Kommunikation (Griffiths et al., 2006). Bisher gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien in Bezug auf die therapeutische Beziehung in einer Online-Intervention. Sie hängt mit dem Therapieerfolg zusammen. Ob das auch bei Online-Interventionen der Fall ist, ist allerdings noch unklar (Lingley-Pottie & McGrath, 2007). Das Auftauchen von Online-Interventionen hat viele Fragen über die Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess aufgeworfen (Mallen et al., 2005). Dieser wird im klassischen Sinn als menschliches Zusammentreffen gesehen. Durch Online-Interaktion können sich neue Beziehungsformen entwickeln (Caspar, 2004). Eine effektive Therapie ist auch abhängig von den Fähigkeiten und vom Engagement des Therapeuten (Alleman, 2002).

Vergleiche mit konventionellen Therapieformen sind nicht nur für die Überprüfung der Effektivität von Online-Behandlung interessant, sondern zeigen auch Unterschiede zwischen den beiden Therapieformen auf (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Während Bauer, Golkaramnay und Kordy (2005) bei lang andauernder oder lebenslanger Behandlung den Einsatz von Online-Interventionen als zeit- und kostengünstige Alternati-

ve gegenüber herkömmlicher Behandlung bezeichnen, schlagen Mallen und Vogel (2005) die Anwendung bei Kurzzeittherapien und als Selbsthilfe vor. Aufgrund der Einschränkungen im Behandlungsprozess seien wahrscheinlich mehr Kontakte notwendig um dasselbe Ergebnis zu erzielen wie bei einer traditionellen face-to-face Behandlung. Es ist notwendig zu untersuchen, wo eine klassische Behandlung notwendig ist und wann eine Online-Intervention zum selben Ergebnis kommt (Griffiths et al., 2006). Online-Interventionen haben wichtige Funktionen im Bereich der Informationsvermittlung. Sie können allerdings herkömmliche Interventionen, insbesondere Psychotherapie, nicht ersetzen (Laszig & Eichenberg, 2003). In der Prävention könnten eventuelle Ergebnisse erzielt werden (Lehenbauer & Stetina, 2009). Trotz der positiven Ergebnisse müssen diese aber auch mit Vorsicht behandelt werden, da die Mehrheit der untersuchten Studien auch deutlich Mängel aufweisen (Ott, 2003). Oftmals werden sehr kleine Stichprobengrößen herangezogen und Kontrollgruppen fehlen zumeist (Ott, 2003; Reger & Gahm, 2009; Skinner & Zack, 2004) oder beziehen sich auf bestimmte subklinische Populationen (Laszig & Eichenberg, 2003; Ott, 2003). Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist meist nicht möglich, da auch nur die kurzfristige Wirkung der Interventionen untersucht wird (Laszig & Eichenberg, 2003) und keine follow-up Untersuchungen durchgeführt werden (Ott, 2003). Auch die Zufriedenheit der Teilnehmer wird meist nicht berücksichtigt. Dies wäre allerdings eine wichtige Variable für die Effektivität. Feststellen lassen sich lediglich hohe Drop-out Raten von bis zu 50 Prozent (Ott, 2003). Vergleiche mit anderen Therapieformen sind meist nicht durchführbar und wenig aussagekräftig. Es ist wichtig standardisierte und qualitative Angebote zu entwickeln. So können Barrieren, die den Zugang zu Behandlung behindern, abgebaut werden (Reger & Gahm, 2009). Evidenzbasierte Forschung im Bereich der Online-Interventionen ist immer noch ausständig (Lehenbauer & Stetina, 2009). Künftig ist es notwendig, neben Wirksamkeitsstudien für die Entwicklung theoretisch abgesicherter Interventionsstrategien allgemeine inhaltliche und technische Standards für Online-Behandlungen zu entwickeln sowie Fortbildung und Finanzierung zu regeln (Hintenberger & Kühne, 2009).

2.5 Unterschiedliche Angebote von Online-Intervention

Unterschiedliche Therapierichtungen sind bereits online vertreten. In den bisher veröffentlichten Studien sind klientenzentrierte, behaviorale, psychoedukatorische und kognitiv-behaviorale Ansätze zu finden. Überwiegend sind Online-Interventionsformen der letztgenannten Kategorie zuzuordnen (Cavanagh & Shapira, 2004). Diese wurden auch am häufigsten untersucht (Lehenbauer & Stetina, 2009). Die neuen Interventionsformen werden von Betroffenen gut angenommen und liefern auch positive Ergebnisse (Cavanagh & Shapiro, 2004).

2.5.1 Kognitiv-behaviorale Ansätze

Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie enthält Elemente aus der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie. Sie ist für textbasierte Kommunikation besonders geeignet (Laszlo et al., 1999) und kann sowohl mit als auch ohne therapeutische Unterstützung durchgeführt werden. Auf eine psychoedukative Einführung folgt meist die eigentliche Intervention (Lehenbauer & Stetina, 2009). Diese besteht aus Online-Einheiten, Hausaufgaben und regelmäßigen Kontakt zum Therapeuten (Andersson & Cuijpers, 2009). Durch abschließende Informationen nach der Intervention soll deren Wirkung gefestigt werden (Lehenbauer & Stetina, 2009). Die einzelnen Module sind meist interaktiv aufgebaut. Sie enthalten Informationen und Übungen (Carlbring et al., 2005; Carlbring, Westling & Ljungstrand, 2001), die sich auf Gedanken und Gefühle sowie Verhalten beziehen (Stallard et al., 2010). Zur Behandlung werden unter anderem Psychoedukation, Kognitive Umstrukturierung und Rückfallprävention herangezogen. Bei Fragen werden Teilnehmer dazu aufgefordert via E-Mail den Therapeuten zu kontaktieren (Carlbring et al., 2001, 2005).

Die Teilnehmenden bei Titov und seinen Kollegen (2010) hatten wöchentlich telefonisch oder E-Mail Kontakt zum Therapeuten. Es hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit persönlicher Kontaktaufnahme positive Auswirkungen auf die Interventionsergebnisse hat (Lehenbauer & Stetina, 2009). Die Teilnehmer der Studien von Carlbring und seinen Kollegen (2001, 2005) erzielten Verbesserungen in Bezug auf Dauer und Intensität

als auch hinsichtlich des Auftretens von Panikattacken und Angstgefühlen. Generell berichteten sie von mehr Zufriedenheit.

Die Behandlung in der Interapy zur Verarbeitung von Traumata erfolgt in mehreren Schritten beginnend mit Informationsübermittlung über den Ablauf der Intervention und anschließender Diagnostik. Die eigentliche Therapie besteht insgesamt aus den drei Phasen Selbstkonfrontation, kognitive Umstrukturierung und Teilhaben lassen. Alle Abschnitte werden im Rahmen der Behandlung durchlaufen. Betroffene erlernen Erlebnisse zu bearbeiten. Die Motivation des Patienten ist ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung (Wagner & Maercker, 2009).

Vernmark und seine Kollegen (2010) untersuchten die Wirkung eines Selbsthilfeprogrammes zur Behandlung von Major Depression und konnten Symptomreduktion erzielen. Das Forscherteam um Meyer (2009) entwickelte ein Programm zur Behandlung von Depression, das auf den Prinzipien kognitiver Verhaltenstherapie basiert. Allerdings verzichteten sie gänzlich auf therapeutischen Kontakt. Rund 80% der Teilnehmer gaben an, mit der Wirkung der Intervention zufrieden zu sein. Ihre Erwartungen seien erfüllt worden. Die Autoren kamen zum Ergebnis, dass Online-Programme für die Behandlung von Depression durchaus effektiv sein können auch ohne das Mitwirken eines Therapeuten. Allerdings simulierte das Programm in den einzelnen Modulen eine gewisse Art von Interaktion, was Einfluss auf die Wirkung haben könnte (Meyer et al., 2009).

Andersson und Cuijpers (2009) konnten in einer Metaanalyse Unterschiede in Interventionen mit und ohne therapeutischer Begleitung finden, was für die Anwesenheit eines Therapeuten auch während Online-Interventionen spricht. Die besten Effekte konnten erzielt werden, wenn Therapeuten ihre Klienten via E-Mail oder Telefon unterstützen (Almlöv, Carlbring, Berger, Cuijpers & Andersson, 2009). Andersson und Cuijpers (2009) konnten keine Unterschiede in der Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie und anderen Ansätzen finden. Allerdings sind Ansätze aus der kognitiven Verhaltenstherapie am häufigsten zu finden. Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie ist jedoch in vielen Ländern noch nicht anerkannt (Reger & Gahm, 2009).

Die Wirkung dieser kognitiv-behavioraler Programme bei Erwachsenen wurde für verschiedene Problemstellungen nachgewiesen (Andersson et al., 2005). Bei Kindern und Jugendlichen wurde sie allerdings noch nicht eingehend untersucht (Stallard et al., 2010). Eine Übersicht bisheriger Ergebnisse zur Wirkung von Internettherapie geordnet nach Störungsbild findet sich bei Kersting, Schlicht & Kroker, (2009). Über alle Studien hinweg konnten in den Versuchsgruppen signifikante Verbesserungen und Symptomreduktion festgestellt werden.

2.5.2 Andere Angebote

Es finden sich Angebote für Paare, die von Informationsvermittlung über Beratung bis hin zu Kommunikationstrainings reichen. Computervermittelte Kommunikation ist vor allem dann sinnvoll, wenn die Teilnehmer nicht im selben Raum sein können oder wollen. Das kann im Einzelfall auch Vorteile bei Streitgesprächen bieten, da diese teilweise verhindert, zumindest aber schneller gelöst werden können. Die Teilnehmer haben vermehrt Zeit zur Reflexion ihrer Antworten (Eichenberg & Laszig, 2003). Es existieren auch Angebote für Eltern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie. Rüniger und Haverkamp (2003) halten es sogar für möglich, dass Erziehungsberatung künftig vermehrt nur noch online durchgeführt wird. E-Mail Krisenintervention nach Polauf (1996) bietet schnelle Hilfe um psychische und soziale Kapazitäten zu mobilisieren. Zudem setzt sie an konkreten Zielen an und ist zeitlich begrenzt. Online-Behandlung kann auch in virtuellen Welten wie beispielsweise Second Life geschehen. Diese Angebote sollten jedoch nicht als Ersatz für eine Beratung oder Behandlung durch einen Professionisten gesehen werden, sondern lediglich als Ergänzung (Lehenbauer & Stetina, 2009).

Klampfer (2009) beschäftigt sich mit Online-Supervision in Form von Gruppenchats. Er arbeitet die Vorteile und Nachteile von rein schriftbasierter Supervision aus und kommt zu dem Ergebnis, dass es Teilnehmern online leichter fällt anderen zu widersprechen. Zudem haben sie die Möglichkeit sich, wann immer sie wollen, an der Diskussion zu beteiligen, da gleichzeitiges Schreiben im Chat möglich ist. Auch die bereits erwähnten Vorteile von Online-Interventionen, wie zumindest örtliche Unabhängigkeit, kommen hierbei zum Tragen. Besonders für den Supervisor ergeben sich im Online-Chat jedoch neue Herausforderungen. Er ist Organisator und muss Struktur in das Geschriebene

bringen, aber auch Platz geben um nicht störend in den Prozess einzugreifen (Klampfer, 2009).

Möglicherweise suchen in Zukunft genauso viele Patienten Hilfe in Form von Online-Interventionen wie in Form von herkömmlichen Therapien (Alleman, 2002). Dazu ist es jedoch notwendig Rahmenbedingungen zu schaffen, die sowohl Aus- und Weiterbildung des Professionisten als auch Finanzierung mit einbeziehen (Kersting et al., 2009).

3 BEHANDLUNGSMOTIVATION

Motivation des Patienten stellt einen entscheidenden Faktor für Verlauf und Erfolg einer Behandlung dar (Köhler, Hinrichs & Baving, 2008; Nübling, Schulz, Schmidt, Koch & Wittmann, 2006). Ebenso wichtig ist eine aktive Beteiligung der Klienten am Therapieprozess (Jungbluth & Shirk, 2009). Je motivierter eine Person ist, umso mehr Anstrengung ist sie bereit auf sich zu nehmen (Krause, 1967). Die Art der Motivation beeinflusst das Fortführen und Mitwirken in einer Behandlung. Je mehr intrinsische Motivation zu Beginn einer Behandlung vorhanden ist, umso positiver fällt das Ergebnis einer Behandlung aus (Ryan, Plant & O'Malley, 1995). Motivation wird durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst und sollte nicht als statisches, sondern als variierendes Konstrukt angesehen werden (Drieschner, Lammers & Staak, 2004; Rosenbaum & Horowitz, 19983). Mangelnde Therapiemotivation äußert sich unter anderem in fehlender Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme, zur präventiven Lebensführung, zur Einhaltung von Abmachungen sowie Therapieabbruch (Meichenbaum & Turk, 1994). Dropout, Nichteinhalten von Regeln, Rückfälle und Misserfolge von Behandlung werden oft auf mangelnde Therapiemotivation zurückgeführt (Ryan et al., 1995). Diese kann gewollt als auch ungewollt auftreten und wird von den Therapeuten oftmals unterschätzt (Meichenbaum & Turk, 1994). Therapiemotivation variiert, ist aber auch abhängig von der Behandlungsform (Meichenbaum & Turk, 1994) und umgekehrt (Drieschner et al., 2004). Neben dem Therapieerfolg sollten immer auch die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung als Ziele einer Behandlung miteinbezogen werden (Meichenbaum & Turk, 1994). Stehen die Ziele des Patienten mit den angestrebten Therapiezielen in Konflikt, wird die Therapiemotivation beeinträchtigt (Michalak & Schulte, 2002). Durch die Erhebung von Behandlungsmotivation kann nicht nur auf den Therapieerfolg geschlossen werden, sondern es können auch Überlegungen angestellt werden, wie ein Patient am besten motiviert werden kann aktiv an der Therapie teilzunehmen (Rosenbaum & Horowitz, 1983).

3.1 Definition und Terminologie

Es existiert eine Reihe von Theorien und Definitionen betreffend Motivation (Rosenbaum & Horowitz, 1983). In allen findet sich Motivation als innere treibende Kraft um ein bestimmtes Verhalten aufzunehmen (Drieschner et al., 2004). Es handelt sich dabei um ein komplexes Konstrukt, dessen konstituierende Bedingungen nicht einfach zu erkennen sind (Rosenbaum & Horowitz, 1983).

3.1.1 Motivation und Motive

Anzeichen für Motivation sind Intensität des Verhaltens sowie dessen Dauer, Widerstand gegen Ablenkung und investierte Kosten und Mühen. Diese können auch als Motive für Verhalten betrachtet werden (Krause, 1967). In der *Self determination theory* von Ryan und Deci ist Motivation abhängig von internalen und externalen Faktoren. Handlungen können auf externe und interne Einflüsse zurückgeführt werden (Ryan et al., 1995). Internal motivierte Personen agieren selbstbestimmt und autonom, während external motivierte Personen einer Kontrolle von außen unterliegen. Das Verhalten von zweiteren ist abhängig von der Präsenz externer Einflussfaktoren (Ryan & Connell, 1989). Ryan und Deci (2008) übertrugen ihre Annahmen auf den therapeutischen Prozess. Im Mittelpunkt steht dabei die Autonomie des Patienten, welche auf einem Kontinuum angesehen werden kann. Ryan und Deci beschreiben vier unterschiedliche Motive eine Behandlung aufzunehmen. Sie beschreiben als erstes externale Faktoren auf dem einen Ende des Kontinuums, gefolgt von dem Motiv Introjektion, dass auf Schuldgefühlen des Patienten basiert. Als drittes Motiv nennen sie Identifikation mit Therapiezielen und schließlich führen sie intrinsische Motivation in Form von Neugier und Interesse am anderen Ende des Kontinuums an. Je mehr Autonomie Patienten im Rahmen eines Behandlungsprozesses erleben, umso positiver wird dieser wahrgenommen, was Auswirkungen auf den Therapieerfolg und dessen Nachhaltigkeit hat. Bei hohem Leistungsdruck, aber auch bei freiwilliger Behandlung ist intrinsische Motivation zu erwarten (Drieschner et al., 2004). Jedoch kann auch extrinsische Motivation zu einem Behandlungserfolg führen (Wild, Cunningham & Ryan, 2006). Die Autoren erachten Therapie

als aktiven Prozess, im Zuge dessen auch neue Therapieziele und Resultate im therapeutischen Prozess wachsen können.

3.1.2 Behandlungsmotivation

Es ist wichtig eine Unterscheidung zwischen Therapiebefolgung (*Compliance*) und Therapiemotivation zu treffen. Während erstere den Patienten in einer passiven Rolle darstellt und die Befolgung von Vorschriften meint, kommt dem Patienten in zweiterer eine aktivere Rolle zu (Meichenbaum & Turk, 1994). Therapiemotivation im Sinne von Meichenbaum und Turk (1994) umfasst die Aufnahme und Fortführung einer Therapie, das Einhalten von Rahmenbedingungen sowie einen aktiven Beitrag des Patienten durch Medikamenteneinnahme, Lebensstiländerungen und Erledigen von Aufgaben und die Ablehnung von Risikoverhalten. Es existieren jedoch unterschiedliche Definitionen von Therapiemotivation (Köhler et al., 2008). Bereits Rosenbaum und Horowitz (1983) weisen darauf hin, dass hinsichtlich des Konzepts sowie seiner Beziehung zum Therapieeffekt Unklarheiten bestünden. Nach Burger und Marx (2001) müssen sowohl Bereitschaft als auch Fähigkeit Verhalten zu ändern gegeben sein. Drieschner und seine Kollegen (2004) sind der Ansicht, Therapiemotivation müsse von jenen Faktoren, die diese bedingen, wie Wünsche, Stress, Erwartungen und Problemwahrnehmung, unterschieden werden. Sie beschreiben Therapiemotivation als Motivation eines Patienten sich in eine Behandlung einzubringen. Sie beziehen unter anderem Krause's (1967) Konzept der Rolle des Patienten mit ein. Krause (1967) erwähnt vier Aspekte, die den Therapieprozess maßgeblich beeinflussen. Teilnahme an den einzelnen Einheiten und Einhalten der Rahmenbedingungen sind ein wesentlicher Aspekt. Offenheit den eigenen Problemen, Gefühlen und Erfahrungen gegenüber spielen eine ebenso wichtige Rolle, wie die Fähigkeit den Beitrag des Therapeuten anzunehmen und angemessenes Verhalten außerhalb der Therapie. Dazu zählen unter anderem Durchführen der aufgetragenen Übungen. Aufgrund des Ausmaßes der Rollenerfüllung schließt Krause (1967) auf die Behandlungsmotivation eines Patienten. Drieschner und seine Kollegen (2004) stellen fest, dass sich die Sichtweise von Therapiemotivation über die Jahre hinweg verändert hat. Der therapeutische Prozess kann die Behandlungsmotivation beeinflussen. Die Autoren sprechen sich für eine Unterscheidung in Motivation zur Aufnahme einer Therapie und Motivation zur Fortführung einer Therapie im Sinne von Engagement aus (Drieschner et al., 2004).

3.1.3 Veränderungsmotivation

Veränderungsmotivation spielt im therapeutischen Prozess eine besondere Rolle. Therapie zielt auf die Veränderung von Verhalten ab (Meichenbaum & Turk, 1994). Im Modell der Veränderungsbereitschaft von Prochaska und DiClemente (1982) beschreiben die Autoren fünf Phasen der Veränderung. Sie bezeichnen diese Präkontemplation, Kontemplation, Determination, Aktion und Aufrechterhaltung. Die fünf Phasen beschreiben eine Verhaltensänderung begonnen bei der ersten bewussten Wahrnehmung über die Erwägung einer Aktion bis hin zur Entscheidung dafür. Anschließend erfolgt die eigentliche Verhaltensänderung. Am Ende steht die Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens (Prochaska & DiClemente, 1982). Jede dieser Phasen ist gekennzeichnet durch ein bestimmtes Maß an Motivation (Vogel, Hansen, Stiles & Götestam, 2006). Es handelt sich um ein dynamisches Modell. Sowohl Fortschritt als auch Regression innerhalb des Modells sind möglich. Auch ein Aussteigen aus dem Modell ist in jeder Phase möglich (Prochaska & DiClemente, 1982).

3.2 Erhebung von Behandlungsmotivation

Die Messung therapeutischer Motivation ist problematisch, da unterschiedliche Operationalisierungen und Definitionen von Behandlungsmotivation vorhanden sind. Zudem hängt Motivation mit situationsspezifischen Variablen zusammen. Es existieren verschiedene Methoden zur Erhebung, die einen Vergleich der Ergebnisse zusätzlich erschweren (Meichenbaum & Turk, 1994). Dennoch spielt Behandlungsmotivation als Prädiktor für Resultate einer Behandlung eine wesentliche Rolle und verfolgt drei Ziele. Patienten sollen einer angemessenen und passenden Therapieform zugeteilt werden. Unmotivierte Patienten können besser auf eine Behandlung vorbereitet werden und letztlich können Aussagen über den Behandlungserfolg angestellt werden (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000). Allerdings gibt es noch keine objektiven Kriterien für die Beurteilung des Therapieerfolgs (Meichenbaum & Turk, 1994).

Selbstberichte, Beobachtungsverfahren und physiologische sowie biochemische Verfahren wurden zur Messung von Therapieerfolg herangezogen. Auch das Therapieer-

gebnis selbst wird dabei betrachtet (Meichenbaum & Turk, 1994). Zudem existiert eine Reihe an Fragebögen zur Erfassung der Motivation. Dabei wird zwischen Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung unterschieden (Hafen et al., 2000). Patienten werden häufig gebeten direkt Auskunft über ihr Verhalten zu geben. Selbstberichte fördern gleichzeitig die Selbstbeobachtung, die wiederum zu Verhaltensänderung führen kann. Allerdings sind die Angaben subjektiv und kritisch zu betrachten. Therapiemotivation aufgrund von Selbstberichten wird meist überschätzt. Eine weitere Möglichkeit der Erhebung von Therapiemotivation geschieht mittels Verhaltensbeobachtung. Doch auch hierbei um ein Verfahren, dass Einschränkungen unterliegt. Beobachtetes Verhalten stimmt nicht immer mit dem Verhalten im Alltag überein. Gründe für mangelnde Therapiemotivation können nicht mit Sicherheit bestimmt werden. Biochemische Verfahren sind weniger leicht beeinflussbar und unterliegen seltener Verzerrungen. Sie können jedoch nur in Bezug auf Medikamenteneinnahme angewandt werden. Wird für die Bewertung der Behandlungsmotivation der Therapieerfolg herangezogen, wird dadurch gleichzeitig ein Zusammenhang zwischen beiden Faktoren angenommen, der nicht immer nachweisbar ist (Meichenbaum & Turk, 1994).

Der *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* (FMP) erfasst Einstellungen bezüglich körperlicher und seelischer Beschwerden sowie deren Ursachenzuschreibung. Zusätzlich werden Erfahrungen in Bezug auf Psychotherapie und die Einschätzung künftiger Behandlung erfragt. Der FMP besteht aus 47 Items mit fünfstufiger Antwortskala (Platz & Senft, 2009). Er beinhaltet die vier Subskalen Krankheitserleben, Laienätiologie, Behandlungserwartungen und Offenheit für Psychotherapie (Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff, 1999). Da das Konstrukt der Therapiemotivation im FMP nicht zufriedenstellend operationalisiert wurde, wurde dieser zum FPTM weiterentwickelt (Platz & Senft, 2009).

Der *Fragebogen zur Psychotherapiemotivation* (FPTM) wurde 1995 von Schulz und seinen Kollegen in Anlehnung an den *Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzeptes* (PMK) entwickelt (Nübling et al., 2006). Das Team um Schulz generierte eine Kurzfassung des Fragebogens mit 40 Items und vierstufiger Antwortmöglichkeit (Schulz, Lang & Koch, 2003). Die ermittelten Skalen bezeichnen sie Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen, Initiative und Symptombezogene Zuwendung durch andere (Nübling et al., 2006). 2003 entwickelten Schulz und seine Kollegen den FPTM weiter und

verkürzten den Fragen auf 23 Items (Schulz, Lang & Koch, 2003; Schulz, Lang, Nübling & Koch, 2003).

Im englischen Sprachraum entwickelten Rosenbaum und Horowitz (1983) die *Motivation for Psychotherapy Scale* (MOPS), indem sie die existierende Literatur zum Konstrukt Motivation heranzogen und Items bildeten. Diese wurden zusammen mit erfahrenen Klinikern in Kategorien eingeteilt und gleichzeitig reduziert. Die positiven Items wurden in die MOPS aufgenommen. In einer anschließenden Faktorenanalyse wurden die 4 Faktoren aktive Beteiligung, positive Einschätzung von Therapie, Aufgeschlossenheit und Bereitschaft Opfer zu bringen extrahiert. Aktive Beteiligung scheint in Zusammenhang mit Therapeutenvariablen zu stehen. Ryan, Plant und O'Malley (1995) entwickelten den *Treatment motivation questionnaire* (TMO), mit dessen Hilfe sowohl intrinsische als auch extrinsische Motivation erfasst werden soll. Er besteht aus 26 Items und erfasst zusätzlich die Zuversicht in eine Behandlung sowie das Ausmaß der Suche nach Hilfe.

3.3 Determinanten von Behandlungsmotivation

Determinanten von Behandlungsmotivation wurden bereits eingehend erforscht. Die beeinflussenden Faktoren werden in fünf Kategorien unterteilt. Diese sind Persönlichkeitsmerkmale, Behandlungsvariablen, Diagnose der Krankheit, Therapeut-Patient-Beziehung und klinisches Setting und ergänzen sich gegenseitig (Meichenbaum & Turk, 1994). Bei Nickel und ihren Kollegen ist eine ähnliche Einteilung zu finden. Sie verweisen auf Patientenvariablen, die Behandlungsmethode, die therapeutische Umgebung als auch Therapeutenvariablen als Einflussfaktoren auf den therapeutischen Prozess (Abbildung 2). Schneider und Klauer (2001) führen Behandlungsmotivation auf zwei wesentliche Komponenten zurück. Einerseits sind affektive Determinanten wie Leidensdruck und Krankheitsgewinn verantwortlich, andererseits spielen kognitive Variable wie Laienätiologie und Erwartungen eine Rolle. Zusätzlich sind Erfahrungen und Einstellung zu Therapie zu beachten.

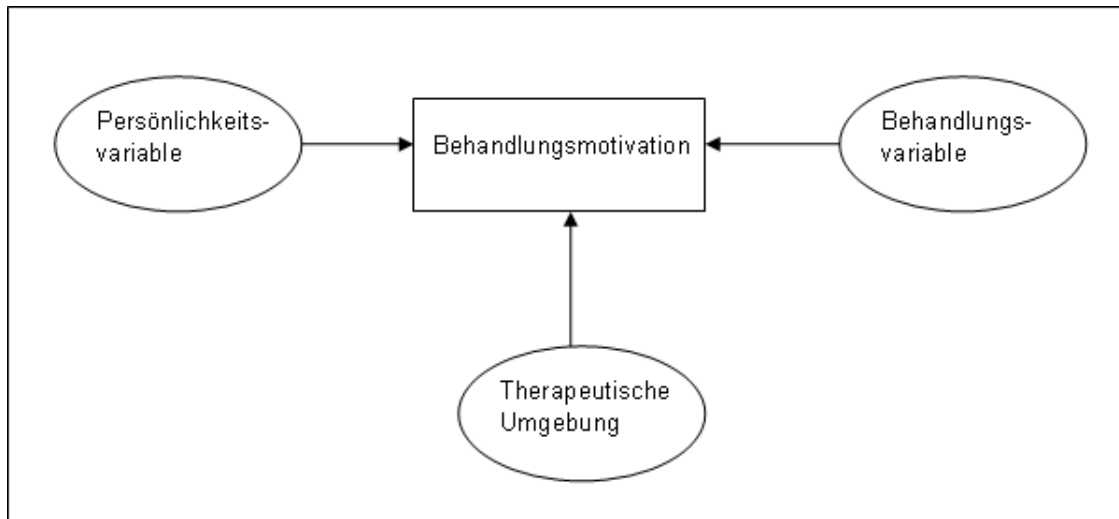


Abbildung 2: Einflussfaktoren Behandlungsmotivation nach Schneider und Klauer (2001)

3.3.1 Patientenvariablen

Es hat sich gezeigt, dass auch die Persönlichkeit eines Menschen Einfluss auf die Behandlungsmotivation nimmt (Ryan et al., 1995; Drieschner, 2004). Bei Meichenbaum und Turk (1994) findet sich eine Auflistung beteiligter Merkmale eines Patienten. Diese sind unter anderem unzureichende Wahrnehmungsfähigkeit, fehlende Krankheitseinsicht, sekundärer Krankheitsgewinn, Mangel an sozialer Unterstützung, familiäre Instabilität, störende Umweltfaktoren und Stressoren. Es existiert allerdings noch keine allgemein anerkannte Einteilung. Meichenbaum und Turk (1994) schlagen eine Kombination aus Patienten-, Behandlungs- und Umweltvariablen vor um Behandlungsmotivation beschreiben zu können. Drieschner und seine Kollegen (2004) fassen interne Determinanten der Therapiemotivation zusammen. Dazu zählen Leidensdruck, Erwartungen, Problemwahrnehmung, Angemessenheit und wahrgenommene Kosten der Behandlung sowie erlebter Druck von außen. Zusätzlich wird Behandlungsmotivation von externalen Faktoren, wie der Behandlung selbst und Umgebungsfaktoren beeinflusst. Zusätzlich sollten Erfahrungen des Patienten mit vorangegangenen Behandlungen miteinbezogen werden (Burger & Marx, 2001). Negative Erfahrungen können Auswirkungen auf künftige Behandlungen haben (Rosenbaum & Horowitz, 1983).

Zwei Patientenmerkmale scheinen eine besondere Rolle zu spielen. Es handelt sich dabei um Zufriedenheit und subjektive Krankheitstheorien. Konzepte über die Entstehung, den Verlauf und die geeignete Behandlung beeinflussen die Therapiemotivation. Subjektive Krankheitstheorien entstehen eingebettet in das soziale Umfeld des Patienten. Therapeuten müssen im Rahmen ihrer Behandlung darauf eingehen (Meichenbaum & Turk, 1994). Krankheitsgewinn hat hinderlichen Einfluss auf Therapiemotivation, während Leidensdruck diese erhöht (Burger & Marx, 2001). Die Symptome einer Krankheit, sofern diese als bedrohlich wahrgenommen werden beeinflussen die Therapiemotivation positiv. Es kann allerdings auch vorkommen, dass eine Gewöhnung an Symptome vorliegt, wodurch mangelnde Therapiemotivation erklärt werden kann. Selbst lebensbedrohliche Erkrankungen unterliegen der Wahrnehmung und dem Wunsch nach Verhaltensänderung eines Patienten (Meichenbaum & Turk, 1994).

Edelman und Chambless (1995) untersuchten die Befolgung von Behandlungsinstruktionen einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Patienten mit Sozialphobie und kommen zum Ergebnis, dass das Ausmaß der Symptome dabei eine Rolle spielt. Personen, die mehr Symptome zeigen, befolgen Anweisungen eher. Auch abhängige Personen halten sich mehr daran, als paranoide Personen oder Personen mit erhöhtem Vermeidungsverhalten.

Versuche Kontrolle über die eigene Behandlung zu gewinnen, werden oft als mangelnde Therapiemotivation angesehen. Diese hat jedoch nur schädliche Auswirkungen für den Patienten, wenn sie zu Krankheitsverleugnung führt (Meichenbaum & Turk, 1994). Im Zuge einer Online-Intervention erlebt der Patient das Gefühl von Kontrolle über den Therapieablauf (Kersting, Schlicht & Kroker, 2009) und immer wieder finden sich Bericht, dass es manchen Personen fällt es auch leichter online über ihre Probleme zu sprechen, da sie dabei anonym bleiben können (Kersting, et al., 2009; Manhal-Baugus, 2001; Suler, 2001). Zusätzlich muss der Patient die Ansicht vertreten, seine Bemühungen machen sich bezahlt um diese auch auszuführen (Meichenbaum & Turk, 1994). Offenheit für Therapie beeinflusst das Therapieergebnis. Sie schließt sowohl Erfahrungen als auch Erwartungen hinsichtlich Therapie mit ein (Schneider & Klauer, 2001). Positive Erwartungen fördern die Beteiligung des Patienten am Prozess (Prochaska & DiClemente, 1982).

3.3.2 Behandlungsvariablen

Zu den Behandlungsvariablen zählen Kontinuität der Behandlung, Wartezeiten, Behandlungsstruktur, Betreuung durch Therapeuten, Komplexität und Dauer der Behandlung sowie deren Kosten. Auch die Atmosphäre sowie eine positive Einstellung der handelnden Professionisten beeinflussen Therapiemotivation (Meichenbaum & Turk, 1994). Es ist wichtig die geeignete Therapiemethode zu finden, damit Behandlungsversuche auch sinnvoll sind und Patienten nicht frustriert werden (Nickel et al., 2005). Je komplexer eine Therapie ist, umso negativer wird Therapiemotivation beeinflusst. Dasselbe trifft auf das Ausmaß der erwünschten Verhaltensänderung zu (Meichenbaum & Turk, 1994). In Rahmen von Online-Interventionen können lange Wartezeiten vermieden werden (Cavanagh & Shapiro, 2004). Der Patient entscheidet, wann er Kontakt zum Therapeuten aufnimmt (Manhal-Baugus, 2001). Er erhält Hilfe und Unterstützung in seiner gewohnten Umgebung (Stallard, Richardson & Velleman, 2010). Zeitliche und örtliche Flexibilität sind zwei besondere Kennzeichen von Online-Interventionen (Bauer, Golkaramnay & Kord, 2005). Auch die Anforderungen, die eine Therapie an den Patienten stellt, spielen eine Rolle. Sie müssen für den Patienten durchführbar sein, um seine Mithilfe zu fördern (Meichenbaum & Turk, 1994, S. 47). Zusätzlich nimmt die Motivation mit der Zeit ab und ist bei präventiven Behandlungen weniger oft gegeben (Meichenbaum & Turk, 1994).

3.3.3 Therapeutenvariable

Die Haltung des Therapeuten beeinflusst die Therapiemotivation. Er sollte nicht als Experte auftreten, sondern sich um den Patienten bemühen und auf seine Erwartungen eingehen. Wird die therapeutische Beziehung als Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient erlebt, hat das positive Auswirkungen auf die Motivation des Patienten. Diese Anforderungen stellen für den Therapeuten große Herausforderungen dar (Meichenbaum & Turk, 1994). Zufriedenheit des Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für Therapiemotivation. Diese hängt vom Verhalten des Therapeuten ab. Freundlichkeit, Respekt, Rücksichtnahme und Vertrauen nehmen einen wesentlichen Platz dabei ein (Meichenbaum & Turk, 1994). In vielen Studien werden Wärme und Atmosphäre als fördernd genannt. Das führt zur Überlegung, dass nicht die therapeuti-

sche Beziehung selbst, sondern vielmehr umgebende Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen (Shirk, Gudmundsen, Crisp Kaplinski & McMakin, 2008). Eine angenehme, vertrauensvolle Beziehung ist Voraussetzung für jede helfende Profession (Prochaska & DiClemente, 1982).

In der Studie von Shirk und seinen Kollegen (2008) konnte die therapeutische Beziehung aus Sicht der behandelten Jugendlichen als Prädiktor für Symptomverbesserung und somit Behandlungserfolg herangezogen werden. Eine gute therapeutische Beziehung kann trotz mangelnder Therapiemotivation zu positiven Therapieerfolgen führen (Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006). Cook und Doyle (2002) sind der Ansicht eine gute therapeutische Beziehung könne auch bei Online-Interventionen entstehen. Die Einstellung der Patienten gegenüber der Interventionsform als auch die Fähigkeiten eines Therapeuten sind dabei zu beachten.

Patterson und Forgatch (1985) untersuchten die Auswirkungen von unterschiedlichen therapeutischen Herangehensweisen und kommen zum Ergebnis, dass Therapeuten, die unterstützend und erleichternd agieren die Compliance ihrer Patienten positiv beeinflussen, während konfrontierende und lehrende Professionisten negativen Einfluss auf die Compliance nehmen. Die Autoren kommen aufgrund dieser Ergebnisse zu dem Schluss, dass das Verhalten des Therapeuten die Compliance beeinflusst.

Vogel, Hansen, Stiles und Götestam (2006) untersuchten den Einfluss von Therapiemotivation, Erwartungen eines Patienten und der therapeutischen Beziehungen auf die Wirkung einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Sie kommen zu dem Schluss, dass nur letztgenannte Auswirkungen auf den Therapieerfolg hat, wenn diese positiv und unterstützend erlebt wird. Motivation und Erwartungen an die Behandlung beeinflussen dieses nicht. Ilgen, McKellar, Moos und Finney (2006) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen Motivation, therapeutischer Beziehung und dem Therapieerfolg bei alkoholabhängigen Personen und stellten fest, dass eine gute therapeutische Beziehung selbst bei wenig motivierten Personen zu Therapieerfolg führen kann. Allerdings kann genau diese niedrige Motivation die therapeutische Beziehung dahingehend beeinflussen, dass der Therapeut sich anders verhält, was wiederum Auswirkungen auf den Therapieerfolg haben kann.

3.4 Strategien zur Förderung von Behandlungsmotivation

Jungbluth & Shirk (2009) widmeten sich der Behandlung Jugendlicher mithilfe kognitiver Verhaltenstherapie und betrachteten vor allem die ersten drei Einheiten einer Behandlung. Sie gelangen zur Ansicht, dass vor allem drei Faktoren den weiteren Verlauf als auch die künftige Beteiligung der Jugendlichen in der Behandlung beeinflussen. Es ist wichtig, bisherige Erfahrungen ins Gespräch mit einzubeziehen. Information und Förderung von Motivation begünstigen künftiges Mitwirken. Zudem erzielen Therapeuten, deren erste Einheiten weniger strukturiert sind, bessere Ergebnisse hinsichtlich der Beteiligung. Sie konnten dadurch besser auf die Bedürfnisse der Klienten eingehen (Jungbluth & Shirk, 2009).

Auch Karver Handelsman, Fields und Bickman (2008) widmeten sich der therapeutischen Beziehung und nahmen an, dass diese durch Strategien in den ersten Behandlungseinheiten beeinflusst werde, was sie in ihrer Studie bestätigen konnten. Das Eingehen auf die Gefühle der Klienten ist wichtig für den Therapeuten. Kritik und Drängen wirkt sich negativ auf die Beziehung aus. Den Autoren gelang ferner einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Engagement der Klienten nachzuweisen. Dieses wiederum hatte Auswirkungen auf den Therapieerfolg. Allerdings konnte dieser Zusammenhang nur in der kognitiven Verhaltenstherapie, nicht aber in der non-direktiven unterstützenden Therapieform gefunden werden.

Aufgrund der Tatsache, dass anfängliche Motivation und Offenheit für Therapie, den Erfolg einer Behandlung beeinflussen, schenken Schneider und Klauer (2001) diesen besondere Beachtung. Sie schlagen vor, Wissen über Psychotherapie zu vermitteln um Motivation zu fördern. Zudem sollten Stereotype thematisiert als auch irrationale und angstauslösende Gedanken vor Beginn einer Behandlung behandelt werden. Durch Anwendung und Vergleich unterschiedlicher therapeutischer Methoden kann eine umfassende Behandlung entwickelt werden (Schneider & Klauer, 2001).

Hinsichtlich Compliance and Therapieerfolg bei Depression und Angststörung wurden bereits Vielzahl an Studien durchgeführt, die einen Zusammenhang nachweisen konnten (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Schmidt und Woolaway-Bickel (2000) untersuchten die Qualität und Quantität der im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie

aufgetragenen Übungen und deren Auswirkungen auf den Therapieerfolg. Qualität und Quantität der erledigten Übungen wiederum sahen sie in Zusammenhang mit der Compliance eines Patienten. Qualität war in dieser Studie verbunden mit Therapieerfolg und gleichzeitig auch mit aktiver Beteiligung. Dieses Ergebnis ist allerdings wenig überraschend, sondern bestätigt den Einfluss von Motivation auf das Engagement, das wiederum die Qualität der Übungen beeinflusst. Shirk und seine Kollegen (2008) sind der Ansicht, dass die positiven Ergebnisse bei Jugendlichen weniger auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen seien, sondern mit spezifischen Bestandteilen der kognitiven Verhaltenstherapie zusammenhängen.

Schneider, Klauer und Tetzlaff (1999) untersuchten Teilnehmer einer psychodynamisch orientierten Gruppentherapie mit verhaltenstherapeutischen Elementen. Mittels FMP erhoben sie die Therapiemotivation. Zusätzlich wurden mit Hilfe der *Symptom-Checkliste 90-R* (SCL-90-R) psychische Symptome zu Beginn als auch nach Beendigung der Behandlung erfasst. Sie konnten Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Beschwerden und dem subjektiven Leidensdruck feststellen. Zudem konnte eine Verbindung zwischen der anfänglichen Motivation, vor allem den Subskalen Laienätiologie und Offenheit für Psychotherapie und dem Therapieerfolg gefunden werden. Die Autoren übertragen ihre Ergebnisse auf Maßnahmen, welche die Motivation im Rahmen einer Psychotherapie steigern sollen. Ansatzpunkte dabei sind einerseits einer Veränderung der Krankheitskonzepte sowie andererseits die Förderung eine positive Einstellung gegenüber Psychotherapie. Auch die Einstellung zu Problemen und deren Behandlung sollen dabei beachtet werden (Schneider et al., 1999).

In der Studie von Nickel und ihren Kollegen (2005) wurden Patientinnen mit generalisierter Angststörung hinsichtlich ihrer Symptomreduktion in Verbindung mit Behandlungsmotivation betrachtet. Zu drei Erhebungszeitpunkten wurden sowohl Beschwerden als auch Motivation erhoben. Anfangs hoch motivierte Patientinnen zeigten eine reduzierte Symptomatik. Doch auch bei anfangs weniger motivierten Teilnehmerinnen stellte sich eine Besserung der Beschwerden ein. Zusätzlich konnte eine Steigerung ihrer Therapiemotivation erfasst werden. Insgesamt zogen Patientinnen mit anfänglich hoher Motivation mehr Nutzen aus der Behandlung. Aber auch jene mit wenig Behandlungsmotivation erzielten im Rahmen der Behandlung Verbesserungen (Nickel et al., 2005).

Simoneau und Bergeron (2003) zogen die Self-determination theory als Basis für ihre Untersuchung von Motivation im Verlauf eines Therapieprozesses heran. Sie ermittelten Prädiktoren von Motivation. Zielerreichung, Kompetenz, Autonomie und Wahrnehmung der Umgebung scheinen eine wesentliche Rolle einzunehmen. Fortschritte in Richtung Erreichung eines vorgegebenes Zieles, beeinflussen die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz. Allerdings sinkt die Motivation je mehr sich der Patient seinem Ziel nähert. Die Autoren weisen darauf hin, dass Therapeuten diesen Umstand im Therapieprozess stets bedenken sollten.

Behandlungsmotivation, die sich aus Patienten- und Behandlungsvariable sowie der therapeutischen Umgebung zusammensetzt (Schneider & Klauer, 2001), beeinflusst den Therapieerfolg maßgeblich (Krause, 1967). Diese spielt gerade bei Online-Interventionen eine bedeutende Rolle, da aufgrund der wahrgenommenen Identität die Gefahr eines Behandlungsabbruchs bei diesen einen Risikofaktor darstellt. Online-Interventionen erwecken für den Hilfesuchenden manchmal unverbindlichen Charakter (Lehenbauer & Stetina, 2009). Deshalb ist es wichtig, die dahinter stehenden Mechanismen zu beleuchten um Vorkehrungen treffen zu können, die einem vorzeitigen Behandlungsabbruch entgegen wirken. Zusätzlich zu den drei erwähnten Einflussfaktoren scheint das Ausmaß der Internetnutzung einer genaueren Betrachtung notwendig. Personen, die das Internet häufig nutzen, fühlen sich mit diesem Medium vertraut (Hintenberger & Kühne, 2009), wodurch anzunehmen wäre, dass sie einer Online-Intervention offener gegenüberstehen, als Personen, die das Internet weniger nutzen. Zudem erleben Nutzer mit übermäßigem Gebrauch meist negative Konsequenzen, die sich in verschiedener Art und Weise äußern können. Beschwerden und Leidensdruck beeinflussen wiederum die Behandlungsmotivation (Nübling, 2006; Drieschner et al., 2004; Schneider & Klauer, 2001). In der vorliegenden Untersuchung soll die Einstellung von Internetnutzern gegenüber internetbasierten Interventionen untersucht werden. Zudem sollen beeinflussende Faktoren, wie Internetnutzug und Beschwerden erhoben und deren Einfluss auf die Haltung gegenüber Online-Interventionen beschrieben werden. In den anschließenden Kapiteln werden die Untersuchungsplanung und –durchführung, die Datenerhebung und letztendlich abgeleitete Ergebnisse und Schlussfolgerungen dargestellt.

4 METHODE UNTERSUCHUNGSPLANUNG

Im folgenden Kapitel wird auf die Zielsetzung der Untersuchung eingegangen. Ausgehend davon werden anschließend Fragestellung und Hypothesen erläutert sowie die Untersuchungsinstrumente, die zur Erhebung verwendet wurden, vorgestellt. Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem eine Vorerhebung durchgeführt, die ebenfalls in diesem Abschnitt beschrieben wird.

4.1 Zielsetzung

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen Internetnutzungsverhalten sowie Haltung in Bezug auf Online-Interventionen erhoben werden. Vorrangiges Ziel ist die Beschreibung von Personen mit pathologischem Internetgebrauch im Vergleich zu Personen mit unauffälliger Internetnutzung. Weiters soll das konkrete Nutzungsverhalten hinsichtlich unterschiedlicher Angebote betrachtet werden. In der Literatur wird des Öfteren auf die Gefahren und Konsequenzen von übermäßigem Internetgebrauch hingewiesen (siehe Kapitel 1). Deshalb ist auch das Ausmaß der täglichen Internetnutzung von besonderem Interesse. Da pathologischer Gebrauch bei bestimmten Online-Angeboten häufiger zu finden ist, wurde die Nutzung unterschiedlicher Internetdienste erfasst. Pathologischer Internetgebrauch geht zudem häufig mit anderen psychischen Auffälligkeiten einher (siehe Kapitel 1.5). Darum wurden im Zuge der Untersuchung auch aktuelle Beschwerden der Teilnehmer erhoben und mit der Internetnutzung in Beziehung gesetzt.

In den letzten Jahren entstand eine Vielzahl psychologischer Angebote im Internet (siehe Kapitel 2). Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung liegt in der Erfassung und Beschreibung der Haltung unterschiedlicher Nutzergruppen in Bezug auf Online-Interventionen. Da Behandlungsmotivation eine wichtige Rolle im Therapieprozess einnimmt und diese auch Auswirkungen auf den Erfolg einer Behandlung hat (siehe Kapitel 3), sollte diese in der Erhebung berücksichtigt werden. Ziel der Untersuchung

war eine umfassende Beschreibung von Personen mit und ohne pathologischen Internetgebrauch hinsichtlich deren Behandlungsmotivation in Bezug auf Online-Interventionen sowie Unterschiede zu unauffälligen Nutzern aufzuzeigen.

4.2 Fragestellung und Hypothesen

Zur Überprüfung und Beantwortung der genannten Zielsetzung wurde eine Online-Studie konzipiert. Diese Untersuchung gliedert sich in drei Bereiche. Fragestellung 1 behandelt die Internetnutzung. Sie umfasst Fragen nach etwaigen Unterschieden zwischen den unterschiedlichen Nutzergruppen in Bezug auf soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Beruf und Beziehungsstatus. Anfänglich wurde der typische Internetnutzer als jung, männlich und gebildet beschrieben (Busemann & Gscheidle, 2010). Mittlerweile nutzen Frauen mindestens gleich häufig das Internet (Eimeren & Frees, 2009; 2010), dies ist jedoch auch stark altersabhängig (Statistik Austria, 2011). Auch die ehemals großen Differenzen in den Altersgruppen werden immer geringer, da mittlerweile ältere Personen das Internet ebenfalls regelmäßig nutzen (Eimeren & Frees, 2009; 2010). Zudem verbringen Personen mit pathologischem Internetgebrauch mehr Zeit online als jene ohne pathologischen Gebrauch (Hahn & Jerusalem, 2001). Sie nutzen häufiger Angebote, die der Kommunikation dienen, während Personen ohne pathologischen Gebrauch häufiger informative Dienste nutzen (Caplan, 2002; Shaw & Black, 2008). Diese Beobachtungen sollten in der vorliegenden Stichprobe überprüft werden. Dazu wurden zu Beginn der Untersuchung soziodemographische Daten der Teilnehmer erhoben. Anhand von Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Familienstand, Bildungsgrad, Berufstätigkeit und Wohnform soll die Stichprobe beschrieben werden. Diese Daten werden in die folgenden Fragestellungen eingebunden. Unterschiede und Zusammenhänge werden überprüft.

Pathologischer Internetgebrauch tritt häufig in Verbindung mit weiteren psychischen Auffälligkeiten auf (Petersen, Weymann, Schelb & Thomasius, 2009). Aus diesem Grund widmet sich Fragestellung 2 den aktuellen Beschwerden. Diese hängen nicht nur mit pathologischem Internetgebrauch zusammen, sondern beeinflussen zusätzlich auch die Behandlungsmotivation (Schneider & Klauer, 2001). Es sollen mögliche Un-

terschiede hinsichtlich Belastung bei Personen mit und ohne pathologischen Internetgebrauch aufgezeigt werden.

Die letzte Fragestellung widmet sich Unterschieden in der Haltung von Personen mit und ohne pathologischen Internetgebrauch hinsichtlich Online-Interventionen. Hierzu konnten keine Ergebnisse in der vorhandenen Literatur gefunden werden. Es werden allerdings Vor- und Nachteile von Online-Interventionen genannt, die deren Nutzung beeinflussen können (siehe Kapitel 2.3). Zudem soll festgestellt werden, ob das Ausmaß der Beeinträchtigung eine Rolle in der Haltung bezüglich Online-Interventionen spielt.

Aufgrund der drei Fragestellungen ergeben sich diverse Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen, die mit den jeweils entsprechenden statistischen Methoden überprüft werden. Die Hypothesen werden im Anschluss angeführt.

4.2.1 Internetnutzung und pathologischer Internetgebrauch

Erhoben wurden die allgemeine Internetnutzung sowie die Anwendung einzelner Online-Dienste. Zusätzlich wurde ein Fragebogen zur Erfassung von pathologischem Internetgebrauch (ISS) vorgegeben. Anhand diesem wurden die Teilnehmer einer von drei Gruppen „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ zugeteilt. Die Bezeichnung ergibt sich aus der erreichten Gesamtpunktezahl. Es sollten die folgenden Fragestellungen überprüft werden:

Fragestellung 1a: Gibt es Unterschiede in Bezug auf demographische Daten zwischen den drei Gruppen, die sich aus der Internetsuchtskala (ISS) ergeben?

H_0^{1a} : Unauffällige, gefährdete und abhängige Personen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Geschlechts (analog: Alter, Beruf, Ausbildung, Wohnsituation, Familienstand).

H_1^{1a} : Es gibt Unterschiede.

$$H_0^{1a}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$$H_1^{1a}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

Fragestellung 1b: Gibt es Unterschiede in der täglichen Nutzung des Internets zwischen den drei Gruppen, die sich aus der ISS ergeben?

H_0^{1b} : Es gibt keine signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen des ISS und der privaten Nutzungsdauer des Internets.

H_1^{1b} : Es gibt signifikante Unterschiede.

$$H_0^{1b}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 \quad H_1^{1b}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

Fragestellung 1c-e: Lassen sich Unterschiede bezüglich der Nutzung der unterschiedlichen Online-Dienste erkennen?

H_0^{1c} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Nutzung verschiedener Internetdienste zwischen Männern und Frauen.

H_1^{1c} : Es gibt signifikante Unterschiede.

$$H_0^{1c}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$$H_1^{1c}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

H_0^{1d} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Nutzung verschiedener Internetdienste zwischen den Altersgruppen.

H_1^{1d} : Es gibt signifikante Unterschiede.

H_0^{1e} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen, die sich aufgrund der ISS ergeben, in Bezug auf die Häufigkeit der Nutzung diverser Internetdienste.

H_1^{1e} : Es gibt signifikante Unterschiede.

4.2.2 Beschwerden und pathologischer Internetgebrauch

Sowohl Personen mit pathologischem Internetgebrauch als auch Personen, die eine Behandlung aufsuchen, berichten von diversen Beschwerden. Daraus ergeben sich folgende Fragenstellungen:

Fragestellung 2: Gibt es Unterschiede in der Ausprägung der Beschwerden zwischen den drei Gruppen, die sich aufgrund der ISS ergeben?

H_0^{2a} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen der ISS hinsichtlich der Globalen Belastung (GSI).

H_1^{2a} : Es gibt signifikante Unterschiede.

H_0^{2a} : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

H_1^{2a} : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$

H_0^{2b-j} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen der ISS hinsichtlich den neun Subskalen des BSI.

H_1^{2b-j} : Es gibt signifikante Unterschiede.

4.2.3 Online-Interventionen, pathologischer Internetgebrauch und Beschwerden

Hierzu konnten keine Ergebnisse in der wissenschaftlichen Literatur gefunden werden. Die drei Konstrukte werden miteinander in Verbindung gesetzt. Es erfolgt eine explorative Beschreibung.

Fragestellung 3a: Unterscheiden sich die drei Gruppen, die durch die ISS ermittelt wurden, hinsichtlich ihrer Haltung bezüglich internetbasierten Interventionen?

H_0^{3a} : Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen der ISS und den vier Faktoren der Haltung bezüglich Online-Interventionen (positive Einstellung, Anonymität, Wissen und Neue Medien).

H_1^{3a} : Es gibt signifikante Unterschiede.

$$H_0^{3a}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 \quad H_1^{3a}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$$

Fragestellung 3b: Hängt das Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung mit der Haltung gegenüber Online-Interventionen zusammen?

H_0^{3b} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung und den vier Faktoren der Haltung in Bezug auf Online-Interventionen.

H_1^{3b} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

$$H_0^{3b}: \rho = 0$$

$$H_1^{4b}: \rho \neq 0$$

Fragestellung 3c-d: Ist die Haltung in Bezug auf Online-Interventionen abhängig von soziodemographischen Daten (analog: der privaten Internetnutzung)?

H_0^{3c} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten und den vier Faktoren der Haltung in Bezug auf Online-Interventionen.

H_1^{3c} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

$$H_0^3: \rho = 0$$

$$H_1^{3c}: \rho \neq 0$$

H_0^{3d} : Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen privater Internetnutzung und den vier Faktoren der Haltung in Bezug auf Online-Interventionen.

H_1^{3d} : Es gibt einen signifikanten Zusammenhang.

Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen wurden Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Die angegebenen Werte sind Chi-Quadrat Werte nach Pearson. In jenen Fällen, in denen der Erwartungswert einer oder mehrerer Zellen kleiner als 5 ist, wurde der Fisher's exact Test zur Interpretation herangezogen. Hypothesen, die mehrere unabhängige Variablen beinhalten, wurden mittels Varianzanalysen samt Post-Hoc-Tests berechnet. Die Zusammenhangshypothesen wurden mittels Korrelation nach Pearson berechnet. Zudem wurden Regressionsanalysen durchgeführt um den Einfluss mehrerer Variablen auf eine abhängige Variable zu prüfen. In Tabelle 3 befindet sich eine Übersicht über die verwendeten statistischen Analyseverfahren je Hypothese.

Tabelle 3: Fragestellungen und Auswertung

Fragestellung	Hypothese	Statistisches Verfahren
Fragestellung 1	Hypothese 1a	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 1b	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 1c-e	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 1g-i	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
Fragestellung 2	Hypothese 2a	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 2b	Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
Fragestellung 3	Hypothese 3a	Rangkorrelation nach Spearman Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 3b	Rangkorrelation nach Spearman Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test
	Hypothese 3c	Regressionsanalyse
	Hypothese 3d	Korrelation nach Pearson Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test

4.3 Untersuchungsinstrumente verwendete Verfahren

Der Online-Fragebogen setzt sich zum einen Teil aus bereits bestehenden Erhebungsinstrumenten und zum anderen Teil aus speziell erstellten Verfahren zusammen. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, einerseits alle Fragestellungen abzudecken und andererseits den Fragebogen kurz zu halten um eine hohe Drop-out Rate zu vermeiden.

Zur Erhebung demographischer Daten wurden Fragen betreffend Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Herkunftsland, Berufstätigkeit und Bildungsstand vorgegeben. Die Antwortmöglichkeiten konnten von den Teilnehmern als Single-Choice ausgewählt werden. Lediglich das Alter war offen in Form von Zahlen einzugeben.

4.3.1 Internetnutzung

Zur Erhebung der Internetnutzung wurde zuerst nach der täglichen Nutzungsdauer für berufliche und private Zwecke gefragt. Die Angabe war in Form von Zahlen offen zu beantworten, wobei eine Stunde geviertelt werden konnte. Ein Wert von „0,25“ stand dementsprechend für eine tägliche Nutzung von 15 Minuten, „0,5“ stand für 30 Minuten, „0,75“ für 45 Minuten, „1“ für 60 Minuten und so weiter. Ein ähnliches Beispiel war im Fragebogen direkt anschließend an die Frage nach der Nutzung zu finden.

Zusätzlich wurde die tägliche Nutzung unterschiedlicher Internetdienste ermittelt. An Anlehnung an die ARD/ZDF-Arbeitsgruppe (1999) wurden diverse Angebote vorgegeben. Diese wurden um die Antwortmöglichkeiten "Facebook" und "Youtube" ergänzt (siehe Tabelle 4). Es wurden acht Antwortmöglichkeiten vorgegeben (1-2 Stunden, 2-3 Stunden, 3-4 Stunden, 4-5 Stunden, mehr als 5 Stunden, wöchentlich, gar nicht). Die letzten beiden Antwortmöglichkeiten beziehen sich zwar nicht auf die tägliche Nutzung, liefern jedoch wichtige Informationen über den generellen Gebrauch der unterschiedlichen Angebote.

Tabelle 4: Internetdienste nach ARD/ZDF (Eimeren & Frees, 2008)

Internetdienste
E-Mail versenden/empfangen
zielgerichtet bestimmte Angebote suchen
einfach so im Internet surfen
an Gesprächsforen/Newsgroups/Chats teilnehmen
Instant Messenger
Online Communities nutzen
Live im Internet Radio hören
Internetdienste
Live im Internet Fernsehen
Video/TV zeitversetzt
Audio/Radio zeitversetzt
Suchmaschinen nutzen
Homebanking
Online-Spiele
Onlineauktion
Onlineshopping
Download von Dateien
RSS-feeds, Newsfeeds
Buch- und CD-Bestellung
Kontakt-/ Partnerbörsen
Musikdateien aus dem Internet anhören/herunterladen
andere Audiodateien aus dem Internet anhören/herunterladen
Facebook (neu)
Youtube (neu)

4.3.2 Internetsuchtskala (ISS)

Bei der Internetsuchtskala (ISS) (Hahn & Jerusalem, 2001) handelt es sich um ein deutschsprachiges Instrument zur Erhebung von Internetabhängigkeit. Die ursprüngliche Skala besteht aus 20 Items, die insgesamt 5 Skalen geordnet werden können. Das Item "Ich gebe mehr Geld für das Internet aus, als ich mir eigentlich leisten kann" wurde im vorliegenden Online-Fragebogen nicht vorgegeben, da dieses nicht mehr zeitgemäß erscheint. Es zielt auf finanzielle Konsequenzen aufgrund häufiger, lang an-

dauernder Internetnutzung ab. Da mittlerweile meist Pauschalen verrechnet werden, ist dieses Items nicht mehr aussagekräftig. Die einzelnen Fragen können mittels vierstufiger Antwortskala beantwortet werden. Diese reicht von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“. Die Internetsuchtskala in ihrer ursprünglichen Form mit 20 Items weist gute interne Konsistenz auf (Cronbach Alpha = 0.93). Die Reliabilität für die verkürzte Form, wie sie in dieser Studie zur Anwendung kam, ist mit 0,909 ebenfalls als sehr gut anzusehen. Für die einzelnen Skalen liegt sie zwischen 0,808 und 0,869.

Aufgrund der Angaben im Fragebogen kann die Stichprobe in drei Gruppen von Internetnutzern unterteilt werden. Diese werden unauffällige Nutzer, gefährdete Nutzer und abhängige Nutzer bezeichnet. Die Gruppe der unauffälligen Nutzer erreicht Werte zwischen 19 und 46, die Gruppe der gefährdeten Nutzer Werte zwischen 47 und 56. Abhängig werden jene Personen bezeichnet, deren Werte zwischen 57 und 76 liegen.

4.3.3 Brief Symptom Inventory (BSI)

Zur Erhebung der aktuell subjektiv empfundenen Beschwerden wurde das Brief Symptom Inventory (BSI) von Gabriele Franke (2000) vorgegeben. Es handelt sich dabei um eine Kurzform der *Symptom-Checkliste SCL-90-R* nach Derogatis (1992), die ab einem Alter von 13 Jahren vorgegeben werden kann. Das BSI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von subjektiv empfundenen Beschwerden. Es besteht aus 53 Items mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit, die 9 Skalen zugeordnet werden können (siehe Tabelle 5). Zusätzlich können drei Globale Kennwerte berechnet werden. Diese geben Auskunft über die generelle psychische Belastung (GSI), die Intensität der Antworten (PSDI) sowie die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Fehlende Werte werden bei der Auswertung berücksichtigt. Der Einsatz des Fragebogens wird als sinnvoll bezeichnet, wenn innerhalb kurzer Zeit viele Informationen erfragt werden sollen. Objektivität und Reliabilität des Verfahrens sind gegeben. Die interne Konsistenz für den globalen Kennwert liegt bei 0,96. Die Werte für die Einzelskalen liegen zwischen 0,70 und 0,90. Kriterienbezogene Validität konnte für einzelne Skalen aufgezeigt werden (Geisheim et al., 2002).

Tabelle 5: Die Subskalen des BSI

Subskala	Bezeichnung
Skala 1	Somatisierung
Skala 2	Zwanghaftigkeit
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt
Skala 4	Depressivität
Skala 5	Ängstlichkeit
Skala 6	Aggressivität/Feindseligkeit
Skala 7	Phobische Angst
Skala 8	Paranoides Denken
Skala 9	Psychotizismus
GSI	Global Severity Index
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total

4.3.4 Online-Interventionen

Zur Erfassung der Haltung gegenüber Online-Interventionen wurden insgesamt 60 Items vorgegeben. Diese wurden im Rahmen einer Vorerhebung speziell entwickelt. Ausgehend von Konstrukten der interessierenden Themen *Online-Interventionen*, *Behandlungsmotivation* und *Akzeptanz* wurden im Zuge einer Vorerhebung Items erstellt und faktorenanalytisch überprüft. Die resultierenden 60 Items wurden in den Fragebogen zur Hauptstudie aufgenommen. Diese umfassen die Bereiche *positive Einstellung*, *Anonymität*, *Wissen* und *Neue Medien* und weisen durchwegs hohe Reliabilität (0,817 - 0,977) auf. Eine genauere Beschreibung zur Generierung und Zuordnung der Items ist im Anschluss zu finden.

4.4 Vorerhebung

Da es zum Thema *Behandlungsmotivation bei Online-Intervention* derzeit noch kein brauchbares Erhebungsinstrumente gibt, musste dieses für die vorliegende Studie erst erstellt werden. Der Ablauf der Vorerhebung sowie deren Ergebnisse werden im Anschluss dargestellt.

4.4.1 Durchführung der Vorerhebung

Zu Beginn der Vorerhebung wurden theoretische Konstrukte zu den Themen *Online-Intervention*, *Behandlungsmotivation* und *Akzeptanz* erstellt und zur Itemkonstruktion weitergegeben. Dazu wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Es wurden Kennzeichen, Vor- und Nachteile von Online-Interventionen, Einflussfaktoren auf Behandlungsmotivation und Akzeptanz zusammengefasst. Diese wurden mit einer Anleitung, was genau erhoben werden sollte und einem vorgegebenen Antwortformat ("trifft nicht zu" bis "trifft sehr zu") an Frau Dr. Birgit Stetina und ihr Forschungsteam weitergegeben, die sich mit der Erstellung der Items beschäftigten. Als Resultat dieser theoretischen Konstrukte wurden insgesamt 110 neu erstellte Items, die nach den einzelnen Konstrukten benannt waren, in die Vorerhebung aufgenommen. Es wurden 35 Items zur Online-Intervention, 24 Items zur Behandlungsmotivation, 19 Items zur Bereitschaft eine Behandlung aufzunehmen und letztlich 6 Items zur Akzeptanz Neuer Medien aufgenommen und getestet. Dazu wurde ein Online-Fragebogen, der die neu erstellten Items enthielt, abgefasst. Zusätzlich wurden demographische Daten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand und dergleichen erhoben.

Der Link zum Fragebogen wurde im Schneeballsystem bekannt gemacht. Die Erhebungsphase dauerte von 25.10.2010 bis 16.11.2010. Bei der Programmierung des Fragebogens wurde besonders auf das Design geachtet. Die Teilnehmer wurden gebeten Rückmeldungen über den Fragebogen sowohl bezüglich der Inhalte als auch des Layouts zu geben. Insgesamt wurde der Link 156-mal aufgerufen. Es wurde davon ausgegangen, dass somit rund 100 vollständige Datensätze, die für eine anschließende Faktorenanalyse notwendig waren, vorhanden seien. Die Rückmeldungen aus der Vorstudie wurden bei der Programmierung des Fragebogens für die Hauptstudie be-

rücksichtigt. Einige Farbnuancen, Absätze und Zwischenräume wurden geändert. Das Grundlayout wurde beibehalten. Ebenso wurden Änderungen im Begleittext vorgenommen.

4.4.2 Ergebnisse der Vorerhebung

Von den 156 vorhandenen Datensätzen konnten 152 zur Auswertung herangezogen werden. Unter den Teilnehmern befanden sich 25,7% ($n = 39$) Männer und 73,7% ($n = 112$) Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 30 Jahren ($MW = 29,82$; $SD = 8,335$). Der jüngste Teilnehmer war 18 Jahre, der älteste 69 Jahre alt. 92% ($n = 140$) der Teilnehmer waren aus Österreich. 42,8% ($n = 65$) der Teilnehmer waren Angestellte und Beamte, 32,9 % ($n = 50$) befanden sich in Ausbildung. Mittels Faktorenanalyse wurden die Daten aus der Vorerhebung analysiert. Eine Faktorenanalyse dient der Strukturierung und Datenreduktion, indem voneinander unabhängige Items aus einem vorgegebenen Variablensatz gefunden werden und zusammengehörige, korrelierende Items einem Faktor zugeordnet werden (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006; 2011). Da vorher nicht bekannt war, inwiefern die einzelnen Variablen miteinander korrelieren, wurde eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt. Ziel dabei ist das Entdecken von Strukturen (Bühl, 2006).

Im vorliegenden Fall wurden die 152 Datensätze aus der Vorstudie einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und listenweisem Fallausschluss unterzogen. Es wurde eine rechtwinkelige Rotation herangezogen, da zuvor schon mittels KMO und Bartlett Test auf Sphärizität festgestellt werden konnte, dass die Ursprungsitems nicht miteinander korrelieren und die Werte der Korrelationsmatrix hinreichend hoch sind. Bezogen auf das Eigenwertkriterium wurden mittels Hauptkomponentenanalyse 16 zugrunde liegende Faktoren gefunden mithilfe derer 74% der Gesamtvarianz der Daten erklärt werden konnten. Betrachtet man allerdings den Screeplot (Abbildung 3) kann davon ausgegangen werden, dass 4 Faktoren zur Beschreibung der Daten ausreichen. Dies wurde mittels einer weiteren Faktorenanalyse, bei der die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren mit 4 festgelegt wurde, bewiesen. Anhand der berechneten 4 Faktoren konnten noch immer 47% der Gesamtvarianz der Daten erklärt werden. Ein Verlust an erklärter Varianz zugunsten einer Datenreduktion ist unweigerlich mit einer Faktorenanalyse verbunden (Backhaus et al., 2011).

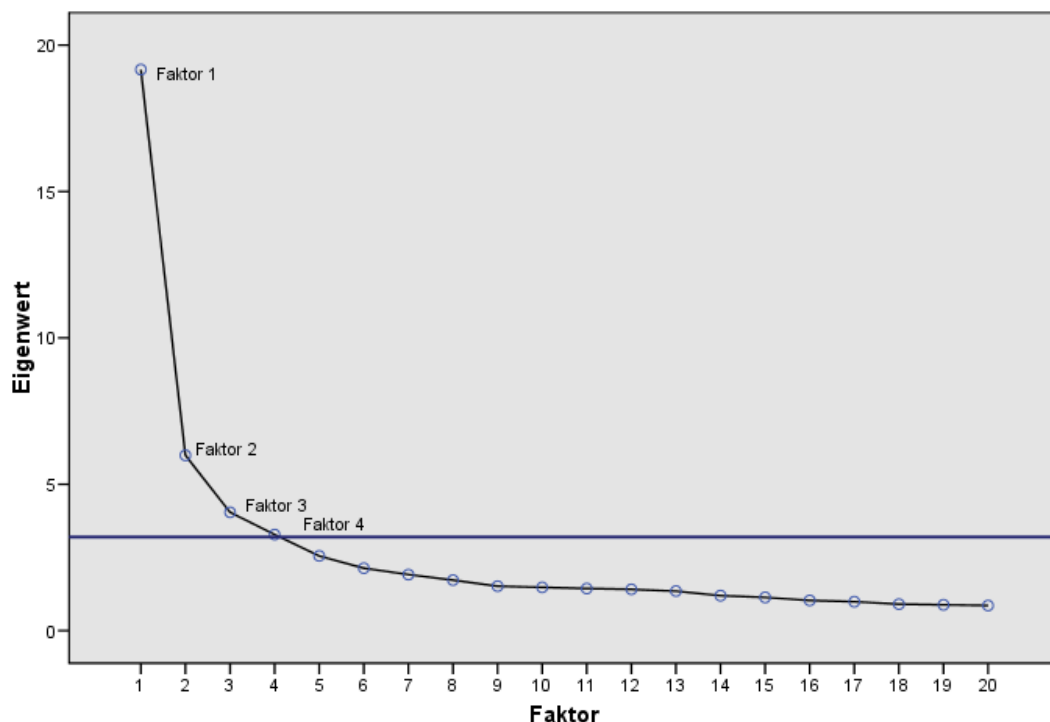


Abbildung 3: vereinfachter Screeplot der Faktorenanalyse

In einem weiteren Schritt wurde die Trennschärfe der Items berechnet mit dem Ergebnis 16 Items aus der weiteren Berechnung auszuschließen, da deren Aussagekraft nicht hoch genug war. Diese Vorgehensweise wurde so lange wiederholt bis keine Items aufgrund zu niedriger Trennschärfe mehr ausgeschlossen werden konnten. Die verbleibenden Variablen wurden hinsichtlich ihrer Ladungen betrachtet. Werte unter 0,4 wurden unterdrückt und zugehörige Variablen somit ebenfalls ausgeschlossen, da ihr Beitrag zur Erklärung des Faktors zu gering war. Es resultierten 60 Items, die 47% der Varianz erklären. Die verbleibenden 60 Items für die Hauptstudie wurden jeweils einem Faktor zugeordnet. 34 Items wurden Faktor 1, 10 Items Faktor 2, 11 Items Faktor 3 und fünf Items Faktor 4 zugewiesen.

Zuletzt wurden die einzelnen Faktoren inhaltlich geprüft und benannt. Es ergaben sich die folgenden Faktoren: *positive Einstellung*, *Wissen*, *Anonymität* und *Neue Medien*. *Positive Einstellung* meint Offenheit gegenüber Online-Interventionen. Vorteile wie zeitliche und örtliche Flexibilität, Verfügbarkeit und Zugänglichkeit spielen dabei eine Rolle. Zudem fließt die Meinung über Erfolgchancen und Effektivität mit ein. *Wissen* umfasst sowohl Erfahrungen mit interbasierten Interventionen als auch Interesse an solchen.

Anonymität stellt einen weiteren Faktor dar und stellt wohl einen der wesentlichsten Unterschiede zur face-to-face Behandlung dar. *Neue Medien* umfasst die Meinung bezüglich Computer- und Internetnutzung. Diese vier Faktoren werden in den weiteren Berechnungen herangezogen. Sie können nicht mehr eindeutig den Konstrukten Akzeptanz und Behandlungsmotivation zugeordnet werden und werden allgemein als *Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen* benannt.

5 UNTERSUCHUNGSABLAUF UND -DURCHFÜHRUNG

Im Anschluss wird die Durchführung der Studie beschrieben. Die vorliegende Arbeit wurde im Zuge eines gemeinsamen Projektes mit Barbara Wograndl erstellt. Die Arbeitsschritte bis zur Berechnung der Ergebnisse wurden gemeinsam durchgeführt. Die Untersuchung wurde als Online-Fragebogen konzipiert. Dahinter stand einerseits die Überlegung, dass der Fragebogen auf diese Weise einer großen Stichprobe zugänglich ist. Andererseits ergab sich diese Umsetzung aus der Fragestellung, in der die Internetnutzung im Vordergrund stand. Die Zielgruppe wurde nicht eingeschränkt, da die Einstellung von Internetnutzern generell von Interesse war und die Population der Internetnutzer allgemein keiner Einschränkung sei es bezüglich Alter, Ausbildung, Geschlecht, Beruf oder sonstiger soziodemographischer Daten unterliegt. Allerdings nutzen jüngere Personen das Internet häufiger als die ältere Generation (Statistik Austria, 2007). Deshalb wird erwartet, dass die jüngere Generation auch in der vorliegenden Stichprobe in größerem Umfang vertreten sein wird. Wie bereits im Zuge der Vorerhebung wurde auch in der Hauptstudie eine E-Mail Adresse auf der letzten Seite des Fragebogens genannt mit der Aufforderung Rückmeldungen, Anregungen und Fragen an diese Adresse zu richten. Zusätzlich konnte Interesse an den Ergebnissen der Untersuchung bekannt gegeben werden. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse wurde an alle Interessierten versandt.

Der Fragebogen wurde mithilfe einer Webapplikation basierend auf PHP realisiert und über den Server der Universität Wien öffentlich zugänglich gemacht. Bei der Programmierung wurde auf angenehmes Design und Benutzerfreundlichkeit geachtet. Die erhobenen Daten wurden in einer MySQL-Datenbank gespeichert. Nach Beendigung der Datenerhebung wurden die Datensätze in das Statistikprogramm SPSS übertragen.

Die Datenerhebung fand in zwei Teilen statt. In einem ersten Schritt wurde eine Vorstudie durchgeführt. Diese wurde bereits in Kapitel 4.4 genauer beschrieben. Nach Analyse der Daten aus der Vorstudie wurde in einem zweiten Schritt die Hauptstudie durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 6 und 7 erläutert.

Der Online-Fragebogen zur Hauptstudie wurde am 10. Jänner 2011 auf dem Webspace für Studierende der Universität Wien freigeschaltet. Zuvor wurde in gängigen Browsern (Internet Explorer, Safari, Firefox, Google Chrome, Opera) überprüft, ob der Fragebogen einerseits vollständig angezeigt wird und andererseits, ob auch die Eingabe einwandfrei funktioniert und alle Daten gespeichert werden. Bereits während der Phase der Programmierung wurden Betreiber unterschiedlicher Webseiten und Administratoren verschiedener Foren um Unterstützung bei der Befragung gebeten. Dazu wurden zu Beginn die 10 meistgesuchten Begriffe der Online-Suchmaschine Google im deutschsprachigen Raum ermittelt. Anschließend begann die Suche nach geeigneten Webseiten zu jedem Begriff. Unplausible Seiten und solche mit pornographischen Inhalten wurden dabei ausgeschlossen. Die Betreiber der Webseiten, die Administratoren sowie die zuständigen Personen für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit wurden via E-Mail kontaktiert und gebeten den Link zum Fragebogen oder einen Banner zu veröffentlichen. Der Rücklauf der Antworten war äußerst gering und enthielt viele Absagen. Als Grund wurde einerseits angegeben, dass keine Umfragen unterstützt würden, weil diese die Nutzer der Webseiten verärgern würden. Andererseits würden zu viele Anfragen eingehen um alle bearbeiten und verlinken zu können. Einige Betreiber erklärten sich trotzdem dankenswerter Weise bereit die Studie zu unterstützen. Der Link zur Studie wurde zudem via Facebook und E-Mail verbreitet und in Online-Foren gepostet. Dabei wurde auf den Zweck der Studie und die Dauer hingewiesen. Es wurde vollkommene Anonymität zugesichert. Zudem wurden die Teilnehmer gebeten alle Fragen zu beantworten, da dies im Fragebogen nicht zwingend vorgegeben war. Eine Übersicht über die Herkunft der Teilnehmer ist im Kapitel Ergebnisse zu finden. Die Erhebungsphase war nach rund drei Monaten abgeschlossen. Die Daten wurden in das Statistikprogramm SPSS 15 zur methodischen Überprüfung übertragen. Mithilfe geeigneter statistischer Verfahren wurden die Hypothesen überprüft und die Fragestellungen beantwortet. Die Beschreibung der Stichprobe sowie der Nutzung der Internetdienste erfolgt mithilfe der Deskriptivstatistik. Anhand von Tabellen und Grafiken werden die Ergebnisse veranschaulicht.

6 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert. Zu Beginn wird die Selektion der Daten beschrieben. Anschließend erfolgt eine genauere Betrachtung der Stichprobe. Dazu werden soziodemographische Daten sowie die Ergebnisse aus der Internetsuchtskala (ISS) und des Brief Symptom Inventory (BSI) herangezogen und analysiert. Anschließend werden die drei Fragestellungen beantwortet.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Der Online-Fragebogen wurde insgesamt 1026-mal aufgerufen. Einige Personen haben den Fragebogen jedoch bereits nach der ersten bzw. zweiten Seite wieder verlassen. Die vorhandenen Daten wurden einer ersten Analyse unterzogen um jene Datensätze auszuwählen, die für die weitere Berechnung herangezogen werden sollten. Dazu wurden Summenscores gebildet und nur, wenn in allen relevanten Untertests (ISS, BSI und Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen) alle Fragen vollständig beantwortet waren, wurden die Daten zur weiteren Analyse verwendet. Dahinter stand die Überlegung, dass auf diese Weise nur valide Daten zur Berechnung verwendet werden. Der Fragebogen verlangte mit einer Dauer von rund 20 Minuten Konzentration und Motivation von den einzelnen Teilnehmern. Durch einen Ausschluss all jener Personen, die den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hatten, wurden gleichzeitig ausschließlich jene zur weiteren Analyse herangezogen, die als hinreichend motiviert angesehen werden können. Zudem wurde festgestellt, dass aufgrund der Abbrüche viele Daten aus dem Bereich *Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen* nicht vollständig vorhanden waren. Da gerade diese im Mittelpunkt der Untersuchung steht, mussten Datensätze, die in diesem Bereich fehlende Werte aufwiesen, ausgeschieden werden. 393 Datensätze entsprachen den Kriterien für die Aufnahme in die weitere Analyse. Weitere 6 Datensätze mussten im Zuge einer Plausibilitätskontrolle ausgeschlossen werden, da entweder Altersangaben fehlten oder Angaben hinsichtlich der

Internetnutzung nicht nachvollziehbar waren. Somit bestand die resultierende Stichprobe aus 387 Teilnehmern.

Die meisten Teilnehmer konnten über E-Mail (28,4%; $n = 110$), Facebook (14,5%; $n = 56$) oder Foren, wie beispielsweise dem Forum für Ernährungswissenschaften der Universität Wien (11%; $n = 44$) gewonnen werden. Bei 11,9% ($n = 46$) der Teilnehmer konnte die Herkunft nicht nachvollzogen werden (siehe Tabelle 6). Die Stichprobe aus der vorliegenden Untersuchung wurde hinsichtlich ihrer demographischen Daten betrachtet und aufgrund inhaltlicher Überlegungen für weitere Analysezwecke gruppiert. Aufgrund der Stichprobengröße kann unter Anwendung des zentralen Grenzwertsatzes von Normalverteilung der Daten ausgegangen werden (Backhaus et al., 2011). Diese wird nicht gesondert berechnet. Die Ergebnisse werden im Anschluss beschrieben. Dazu werden die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sowie die Internetnutzungsgewohnheit der Teilnehmer beschrieben. Im Anschluss wird auf pathologischen Internetgebrauch, empfundene Beschwerden zum Zeitpunkt der Erhebung sowie die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen eingegangen.

Tabelle 6: Herkunft der Stichprobe (Referrer)

Herkunft	n	%	Herkunft	n	%
E-Mail	110	28,4	http://www.vivid.at	9	2,3
Facebook	56	14,5	http://www.forumscout.ch	2	0,5
Unbekannt	47	11,9	http://www.sagen.at	2	0,5
http://www.univie.ac.at/strview/bbs/	44	11,4	http://www.netdoktor.at	2	0,5
http://www.spin.de	22	5,7	http://wow.gamona.de	1	0,3
http://www.t-online.de	18	4,7	http://43874.dynamicboard.de	1	0,3
http://www.medizinstudium.at/forum	16	4,1	http://www.uniprotokolle.de	1	0,3
http://www.psychoforum.at	12	3,1	http://www.forumchip.de	1	0,3
http://www.geizhals.at	10	2,6	http://www.psychologie.de	1	0,3
http://www.faps.ch	9	2,3	http://www.jolie.de	1	0,3
http://www.univie.ac.at/paedforum	7	1,8	http://forum.sfu.ac.at/	1	0,3

Herkunft	n	%	Herkunft	n	%
http://www.jugendservice.at	6	1,6	http://www.uniprotokolle.de	1	0,3
http://www.oeh.ac.at	5	1,3	http://www.wecarelive.at	1	0,3
http://www.studis.de	3	0,8			

6.1.1 Geschlecht

Befragt nach ihrem Geschlecht standen den Teilnehmern die Antwortmöglichkeiten „männlich“, „weiblich“ und „transgender“ zur Verfügung. In der vorliegenden Stichprobe befinden sich 30,7% ($n = 119$) Männer und 69% ($n = 267$) Frauen (siehe Abbildung 4). Transgender wurde von keinem Teilnehmer in der resultierenden Stichprobe gewählt. Eine Person machte keine Angabe über ihr Geschlecht, wird aber zur weiteren Berechnung herangezogen, da dieses nicht unbedingt notwendig für weitere Berechnungen ist.

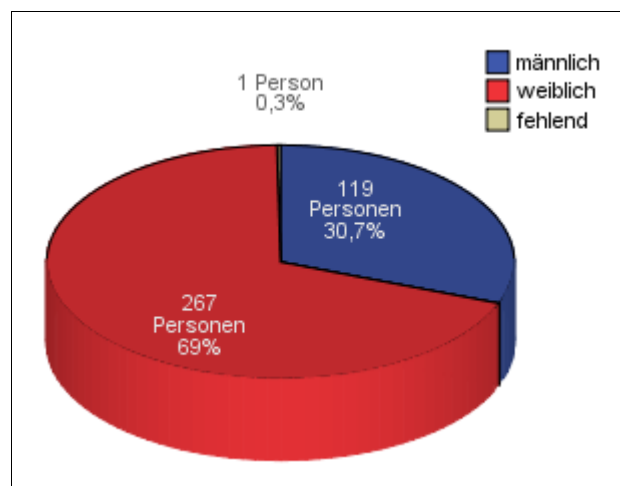


Abbildung 4: Geschlecht

6.1.2 Alter

Alle Teilnehmer beantworteten die Frage nach ihrem Alter. Sie sind durchschnittlich 30 Jahre ($MW = 30,04$; $SD = 10,79$) alt. Der jüngste Teilnehmer war 12 Jahre, der älteste 68 Jahre alt. Der Median liegt bei 27 Jahren. Die männlichen Teilnehmer sind durchschnittlich 31 Jahre alt ($MW = 31,39$; $SD = 11,93$). Die weiblichen Teilnehmer sind rund zwei Jahre jünger ($MW = 29,47$; $SD = 10,217$). Dies stellt allerdings keinen signifikanten Unterschied dar ($t(384) = 1,623$, $p = 0,105$).

Für die weitere Berechnung wurde eine Unterteilung in drei ungefähr gleich große Gruppen vorgenommen. Personen bis zum Alter von 23 Jahren (31,0%; $n = 120$) wurden der ersten Gruppe zugeordnet. Personen zwischen 24 und 30 Jahren (31,3%; $n = 121$) wurden der zweiten Gruppe zugeteilt. Personen über 30 Jahren (37,7%; $n = 146$) wurden zur dritten Gruppe gezählt. Hinsichtlich dieser drei Altersgruppen konnten Unterschiede bezüglich des Geschlechts gefunden werden ($\chi^2(2, 386) = 7,550$, $p = 0,023$). Männer sind in der Gruppe der über 30-Jährigen häufiger zu finden (47,9%; $n = 57$), während Frauen in allen drei Gruppen ungefähr gleich häufig vertreten sind. Die Verteilung ist in Abbildung 5 zu sehen.

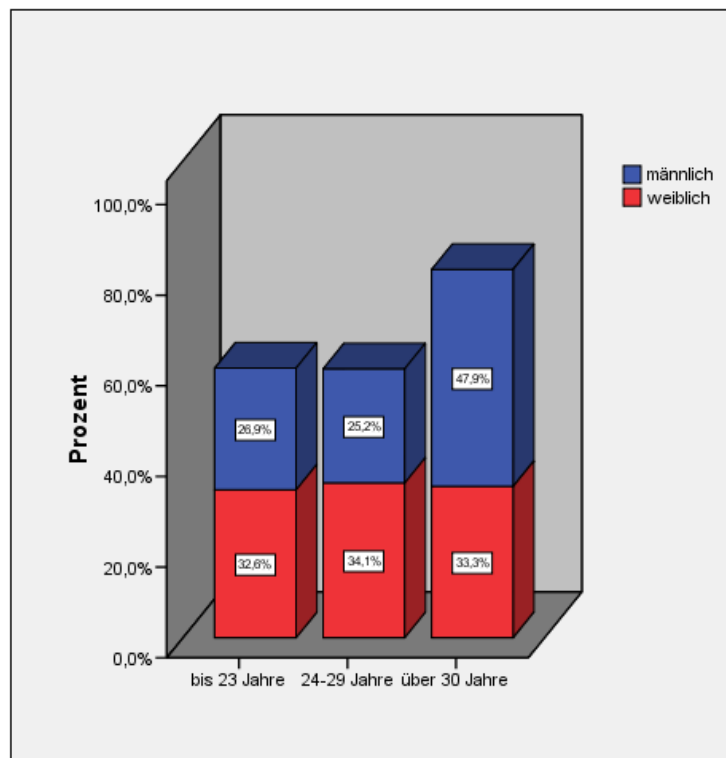


Abbildung 5: Vergleich Alter und Geschlecht

6.1.3 Herkunftsland

Im Fragebogen wurde das Herkunftsland der Teilnehmer erhoben. Zur Verfügung standen die Antwortmöglichkeiten „Österreich“, „Deutschland“, „Schweiz“, „anderes Land Europa“ und „anderer Kontinent“. Alle Teilnehmer beantworteten die Frage nach ihrem Herkunftsland. Der überwiegende Teil stammt aus Österreich (71,3%; $n = 276$). 22,7% ($n = 88$) Personen gaben an in Deutschland zu leben. 3,9% ($n = 15$) konnten in der Schweiz rekrutiert werden. Weitere 2,1% ($n = 8$) wählten die verbleibenden Antwortmöglichkeiten „anderes Land Europa“ und „anderer Kontinent“. Die Verteilung ist in Tabelle 7 veranschaulicht. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung sind keine Unterschiede über die einzelnen Länder zu finden ($\chi^2(4,386) = 1,577, p = 0,838$).

Tabelle 7: Herkunftsland

Land	n	%
Österreich	276	71,3
Deutschland	88	22,7
Schweiz	15	3,9
anderes Land Europa	3	,8
anderer Kontinent	5	1,3

Zur weiteren Berechnung wurden aus den bestehen Variablen zwei Gruppen gebildet. Zur ersten Gruppe wurden Personen aus Österreich gezählt, die übrigen 28,7% ($n = 111$) wurden der zweiten Gruppe zugeordnet. Diese wurde „anderes Land“ bezeichnet. Zieht man die drei zuvor gebildeten Altergruppen heran, so sind Unterschiede hinsichtlich des Herkunftslandes festzustellen ($\chi^2 (1, 387) = 18,439, p < 0,001$). Die Gruppe der 24-29-Jährigen umfasst mehr Personen aus Österreich (86%; $n = 104$), während diese Gruppe bei den Teilnehmern aus anderen Ländern weniger häufig vertreten ist (14%; $n = 17$). Die Verteilung ist in Abbildung 6 dargestellt.

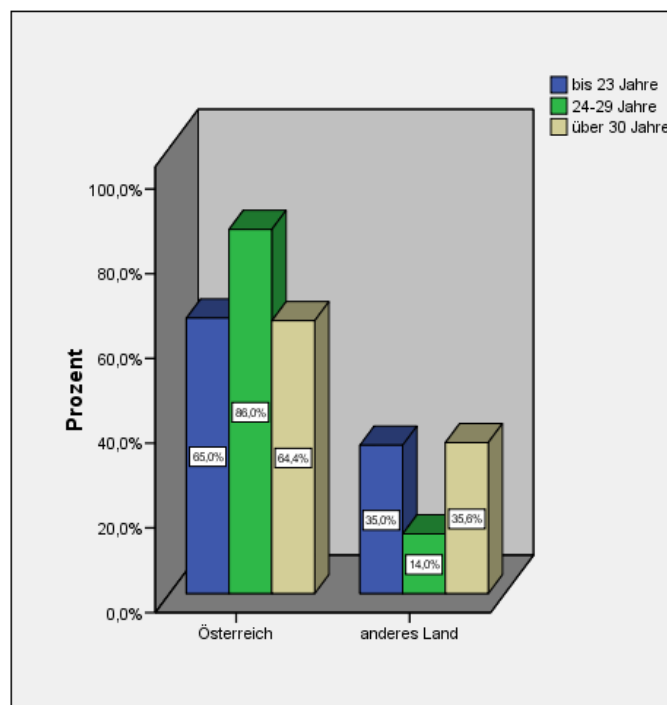


Abbildung 6: Vergleich Land und Alter

6.1.4 Familienstand

Die Teilnehmer wurden auch nach ihrem Familienstand befragt. Dazu konnten sie zwischen den folgenden Möglichkeiten wählen: „ledig/single“, „verheiratet“, „geschieden“, „verwitwet“, „in Partnerschaft“. 40,6% ($n = 157$) ordneten sich der ersten Kategorie zu. 17,6% ($n = 68$) gaben an verheiratet zu sein. In Partnerschaft lebten 37,7% ($n = 146$) der befragten Personen. 3,1% ($n = 12$) waren geschieden und 0,8% ($n = 3$) verwitwet. Eine Person machte keine Angabe zu ihrem Familienstand. Die Verteilung ist in Tabelle 8 dargestellt. In diesen Kategorien konnten Unterschiede bezüglich des Geschlechts gefunden werden ($\chi^2(4, 385) = 13,239, p = 0,007$). Es leben mehr Frauen in Partnerschaft als Männer (41,6%; $n = 111$). Allerdings gaben mehr Männer als Frauen an verheiratet zu sein (22%; $n = 26$).

Tabelle 8: Familienstand

Familienstand	n	%
ledig/single	157	40,6
verheiratet	68	17,6
geschieden	12	3,1
verwitwet	3	0,8
in Partnerschaft	146	37,7

Auch in dieser Kategorie wurden Gruppen nach inhaltlichen Überlegungen für die weitere Berechnung gebildet. Dazu wurden Personen, die verheiratet oder in Partnerschaft sind, einer Gruppe zugeteilt und „in Partnerschaft/verheiratet“ genannt (44,4%; $n = 172$). Die übrigen Personen (55,3%; $n = 214$) wurden zur zweiten Gruppe zugeordnet. Für diese Gruppe wurde die Bezeichnung „allein stehend“ gewählt. Die weiteren Berechnungen erfolgen mittels dieser neu gebildeten Variablen. Auffällig ist, dass in der Gruppe der alleinstehenden Personen die dritte Altersgruppe über 30 Jahre (67,1%; $n = 98$) am häufigsten vertreten ist, in der Gruppe der in Partnerschaft lebenden Personen hingegen Teilnehmer aus der jüngste Altersgruppe (63%; $n = 75$) (siehe Abbildung 7). Mittels Chi-Quadrat-Test konnten Unterschiede auch statistisch nachgewiesen werden ($\chi^2 (2,386) = 25,300, p < 0,001$).

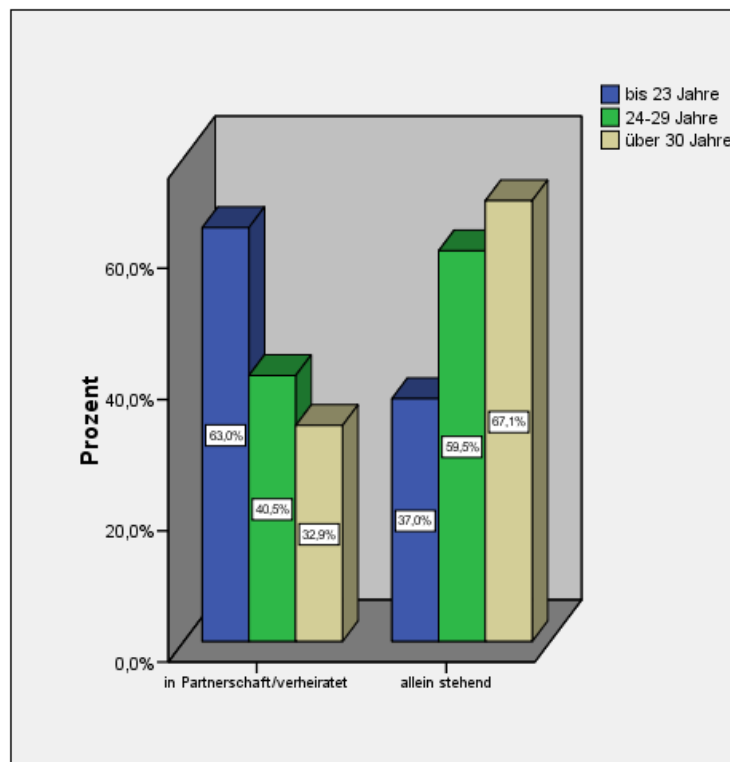


Abbildung 7: Vergleich Familienstand und Alter

6.1.5 Wohnsituation

Von Interesse waren auch die Wohnverhältnisse der Untersuchungsteilnehmer. Es standen die folgenden Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung: „Einpersonenhaushalt“, „bei Eltern“, „mit Partner“, „in Wohngemeinschaft“, „mit Partner und Kind“, „mit Kindern“. Die Verteilung ist in Tabelle 9 zu finden. 11 Personen (2,8%) ließen diese Frage unbeantwortet. Mit 29,5% ($n = 114$) war die Gruppe der mit Partner lebenden Personen am größten, gefolgt von jenen Personen, die in einem Einpersonenhaushalt leben (21,2%; $n = 82$). 18,6% ($n = 72$) der Befragten wohnen in einer Wohngemeinschaft und 15,2% ($n = 59$) wohnen noch bei ihren Eltern. 10,6% ($n = 41$) wohnen gemeinsam mit ihrem Partner und Kindern und 2,1% ($n = 8$) Personen leben nur mit Kindern. Hier sind keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der unterschiedlichen Wohnformen zu finden ($\chi^2 (5,376) = 2,631, p = 0,762$).

Tabelle 9: Wohnform

Wohnform	n	%
Einpersonenhaushalt	82	21,2
bei Eltern	59	15,2
mit Partner	114	29,5
in WG	72	18,6
mit Partner u. Kind	41	10,6
mit Kindern	8	2,1

Zur weiteren Berechnung wurden drei neue Gruppen gebildet. Personen, die in einem Einpersonenhaushalt leben, wurden als eigene Gruppe beibehalten (21,2%; $n = 82$). Die Gruppe der Personen, die mit Partner und Kind leben, wurden mit der Gruppe der Personen, die mit Kindern leben, zusammengefasst (12,7%; $n = 49$). Als gemeinsames Kennzeichen dieser Gruppe wurden Kinder angesehen. Die übrigen Gruppen wurden ebenfalls zu einer Gruppe zusammengefasst (63,3%; $n = 245$). Diese Gruppe wurde "Mehrpersonenhaushalt" genannt. Zur weiteren Berechnung werden diese Gruppen herangezogen.

Hinsichtlich der Wohnform konnten keine Geschlechtsunterschiede gefunden werden ($\chi^2 (2, 376) = 1,334, p = 0,513$). Es stellten sich allerdings Unterschiede in Bezug auf die drei zuvor gebildeten Altersgruppen heraus ($\chi^2 (4, 376) = 72,964, p < 0,001$). Über 30-Jährige leben häufiger in einem Haushalt mit Kindern (30,3%; $n = 43$), während unter 24-Jährige eher in Mehrpersonenhaushalten leben (81,7%; $n = 94$). In Abbildung 8 ist die Verteilung grafisch veranschaulicht.

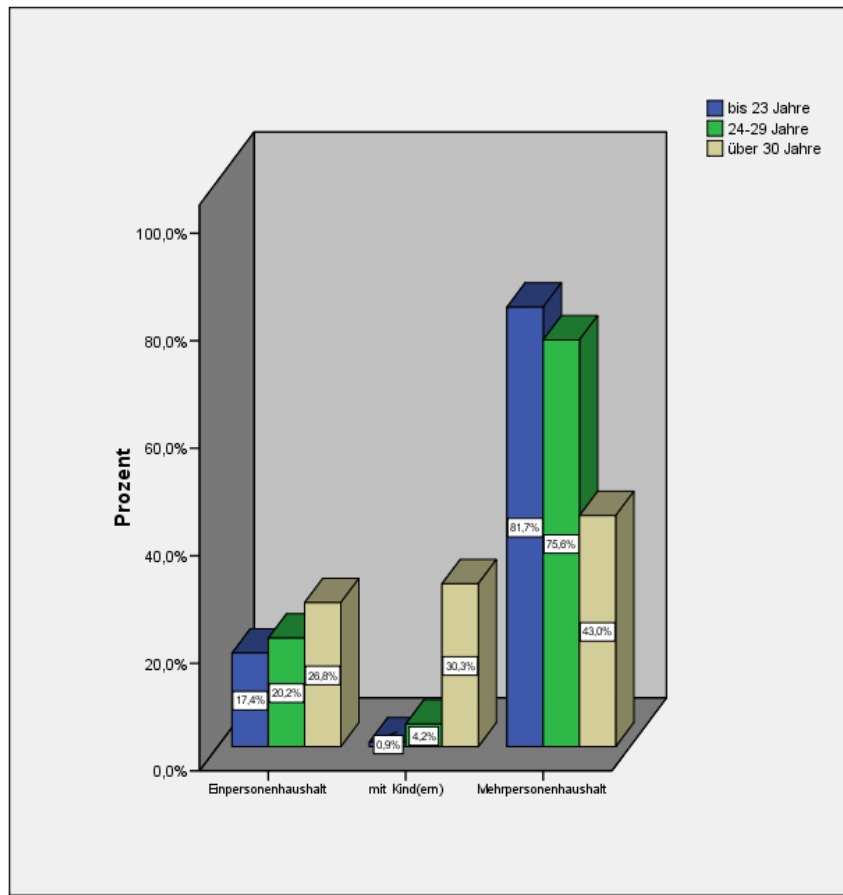


Abbildung 8: Vergleich Wohnform und Alter

6.1.6 Ausbildung

Als weitere demographische Variable wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung erhoben. Von den möglichen Antwortkategorien „kein Abschluss“, „Sonderschule“, „Volksschule/Grundschule“, „Realschule“, „Lehrabschluss“, „Matura/Abitur“, „Collegeabschluss“ und „Hochschul-/Fachhochschulabschluss“ wurden die ersten beiden nicht gewählt. Die größte Gruppe bilden Personen mit Matura (48,1%, $n = 186$). 30,7% ($n = 119$) der Personen haben einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss. Zwei Personen (0,5%) ließen diese Frage unbeantwortet. Die Verteilung ist in Tabelle 10 zu dargestellt.

Tabelle 10: Ausbildung

Ausbildung	n	%
kein Abschluss	5	1,3
Hauptschule	7	1,8
Realschule	25	6,5
Lehrabschluss	32	8,3
Matura/Abitur	186	48,1
Collegeabschluss	11	2,8
Hochschul-/FH-Abschluss	119	30,7

Die Kategorien Hochschul-/Fachhochschulabschluss und Collegeabschluss wurden zu einer Gruppe zusammengefasst und „Akademiker“ bezeichnet (33,6%; $n = 130$). Die Gruppe der Personen mit Matura wurde beibehalten. Die übrigen Kategorien wurden ebenfalls zu einer Gruppe zusammengefasst und „Lehrabschluss“, nach der am häufigsten vertretenen Ursprungskategorie, benannt. Diese Gruppe umfasst 17,8% ($n = 69$) der befragten Personen. Es konnten keine Geschlechtsunterschiede zwischen den drei Gruppen festgestellt werden ($\chi^2 (2, 385) = 0,739, p = 0,704$). Jedoch wurden signifikante Unterschiede in den Altersgruppen gefunden ($\chi^2 (4, 385) = 87,060, p < 0,001$), in der Gruppe „Lehrabschluss“ sind über 30-Jährige (29,5%; $n = 43$) und in der Gruppe „Matura“ sind die bis 23-Jährigen am häufigsten zu finden (75,6%; $n = 90$). In der Gruppe „Akademiker“ sind ebenfalls die über 30-Jährigen häufig vertreten (48,6%; $n = 71$).

6.1.7 Tätigkeit

Die Teilnehmer wurden befragt, welcher Tätigkeit sie zum Zeitpunkt der Erhebung nachgingen. Dabei wurden die folgenden 9 Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „Angestellter/Beamter“, „Arbeiter/Facharbeiter“, „selbständig, freiberuflich“, „nicht erwerbstätig“, „in Ausbildung“, „Hausfrau/mann“, „Rente/Pension“, „Karenz/Mutterschutz-Vaterschutz“ und „sonstiges“ vorgegeben. 38,2% ($n = 148$) der Personen befanden sich in Ausbildung. 32,8% ($n = 127$) der Befragten wählten die Antwortmöglichkeit Angestellter/Beamter. 7,5% ($n = 29$) gaben an selbständig zu sein und 5,7% ($n = 22$) wählten die Antwort „sonstiges“. Eine Person machte keine Angabe bezüglich ihrer Tätigkeit (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Tätigkeit

Tätigkeit	n	%
Angestellter/Beamter	127	32,82
Arbeiter/Facharbeiter	22	5,68
selbständig, freiberuflich	29	7,49
nicht erwerbstätig	15	3,88
in Ausbildung	148	38,24
Hausfrau/mann	5	1,29
Rente/Pension	9	2,33
Karenz	9	2,33
sonstige	22	5,68

Auch in dieser Kategorie wurden neue Gruppierungen vorgenommen. Angestellte/Beamte, Arbeiter und Selbstständige wurden zusammengefasst und "erwerbstätig" bezeichnet (46%; $n = 178$). Personen in Ausbildung behielten ihre Bezeichnung bei (38,2%; $n = 148$). Nicht Erwerbstätige, Hausfrauen, Rentner und Personen in Karenz wurden einer Gruppe zugeordnet (9,8%; $n = 38$). Diese Gruppe wurde "nicht erwerbstätig" genannt. „Sonstiges“ wurde ebenfalls als eigene Gruppe beibehalten.

Es konnten Geschlechtsunterschiede zwischen diesen Gruppen gefunden werden ($\chi^2(3, 385) = 8,290$, $p = 0,040$). Männer sind häufiger in der Gruppe der Erwerbstätigen vertreten (56,3%; $n = 67$), während sich Frauen gleich häufig noch in Ausbildung sind wie erwerbstätig (41,7%; $n = 111$) (siehe Abbildung 9).

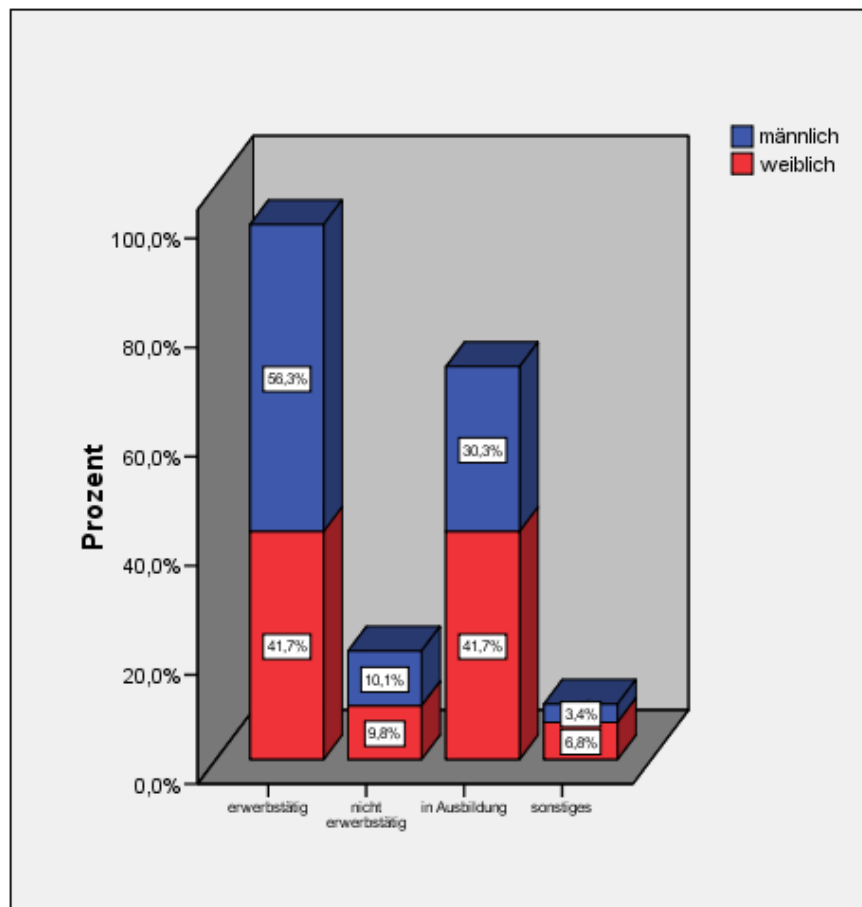


Abbildung 9: Vergleich Geschlecht und Tätigkeit

Zudem konnten signifikante Altersunterschiede zwischen den vier Gruppen ermittelt werden ($\chi^2(6, 386) = 158,731, p < 0,01$). In den Gruppe „erwerbstätig“ (75,2%; $n = 109$) und „nicht erwerbstätig“ (16,6%; $n = 24$) sind die über 30-Jährigen am häufigsten vertreten. In der Gruppe „in Ausbildung“ sind die bis 23-Jährigen am häufigsten zu finden (75%; $n = 90$). In der Gruppe "sonstiges" sind die bis 23-Jährigen häufig vertreten (8,3%; $n = 10$). Die Verteilung ist in Abbildung 10 graphisch dargestellt.

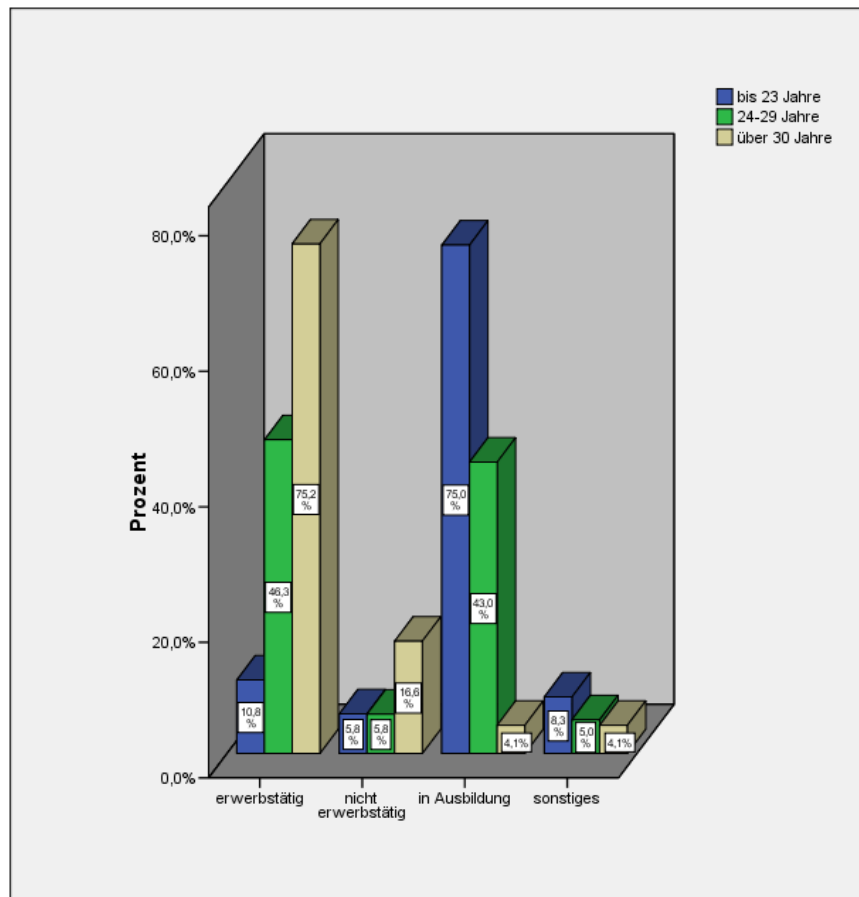


Abbildung 10: Vergleich Tätigkeit und Alter

6.1.8 Internutzung

Im Zuge der Befragung wurden die Teilnehmer nach ihrer privaten als auch ihrer beruflichen Internetnutzung befragt. Eine Stunde konnte dabei geviertelt werden. Die private Internetnutzung reicht von 15 Minuten bis 15 Stunden täglich. 4 Personen (1,04%) nutzen das Internet überhaupt nicht. 44 Personen (11,4%) gaben an das Internet nicht für berufliche Zwecke zu nutzen. Durchschnittlich wird es rund 2 Stunden täglich für private sowie für berufliche Zwecke verwendet ($MW_{privat} = 2,0838$, $SD_{privat} = 1,898$; $MW_{beruflich} = 2,1426$, $SD_{beruflich} = 2,425$). Die berufliche Nutzung reicht von 15 Minuten bis 10 Stunden pro Tag. Die Verteilung der privaten und beruflichen Internetnutzung ist in Tabelle 12 enthalten.

Tabelle 12: Internetnutzung privat und beruflich

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit privat	Prozent privat	Häufigkeit beruflich	Prozent beruflich
0 Stunden	4	1	44	11,4
15 Minuten	21	5,4	40	10,3
30 Minuten	49	12,7	46	11,9
45 Minuten	34	8,8	19	4,9
1 Stunde	66	17,1	61	15,8
1 Stunde 15 Minuten	3	0,8	0	0
1 Stunde 30 Minuten	28	7,2	10	2,6
1 Stunde 45 Minuten	0	0	1	0,3
2 Stunden	56	14,5	42	10,9
2 Stunden 15 Minuten	1	0,3	0	0
2 Stunden 30 Minuten	7	1,8	3	0,8
2 Stunden 45 Minuten	2	0,5	0	0
3 Stunden	50	12,9	29	7,5
3 Stunden 30 Minuten	1	0,3	1	0,3
4 Stunden	23	5,9	23	5,9
4 Stunden 30 Minuten	1	0,3	0	0
4 Stunden 45 Minuten	0	0	1	0,3
5 Stunden	19	4,9	11	2,8
6 Stunden	9	2,3	11	2,8
7 Stunden	2	0,5	6	1,6
8 Stunden	6	1,6	21	5,4
8 Stunden 30 Minuten	0	0	1	0,3
9 Stunden	0	0	3	0,8
10 Stunden	1	0,3	3	0,8
12 Stunden	1	0,3	0	0
15 Stunden	1	0,3	0	0

Für die weiteren Berechnungen wurde auch die Internetnutzung neu gruppiert. Personen, die das Internet überhaupt nicht nutzen, stellen eine Gruppe dar. Personen, die das Internet bis zu einer Stunde täglich verwenden, bilden die zweite Gruppe. Die übrigen Personen werden der dritten Gruppe zugeteilt. Die Gruppierung wurde sowohl für die private als auch die berufliche Nutzung vorgenommen. Die Verteilung ist in den Abbildungen 11 und 12 dargestellt. Daran ist erkennbar, dass die Gruppen 2 „bis zu einer Stunde“ (44%; $n = 166$) und 3 „mehr als eine Stunde“ (44,3%; $n = 167$) in Bezug

berufliche Zwecke ungefähr gleich groß sind. Betreffend der privaten Internetnutzung stellt Gruppe 3 die größte Gruppe dar (54.5%; $n = 211$).

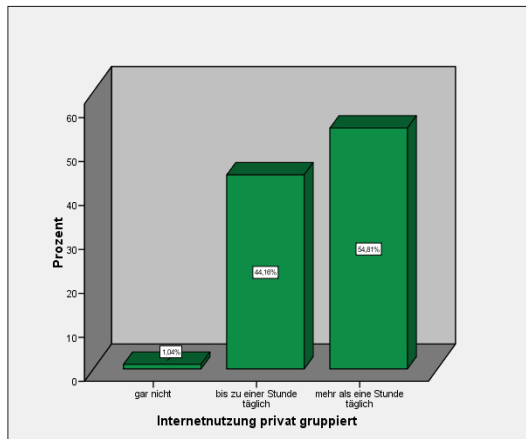


Abbildung 11: private Nutzung

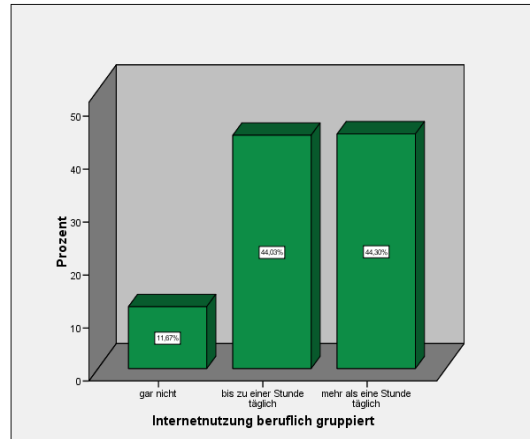


Abbildung 12: berufliche Internetnutzung

Betrachtet man diese drei Gruppen, so sind in Bezug auf die private Internetnutzung Geschlechtsunterschiede erkennbar ($\chi^2(2, 384) = 8,907$; $p = 0,008$) (siehe Abbildungen 13 und 14). Männer nutzen das Internet am häufigsten mehr als eine Stunde (65,8%; $n = 77$). Kein Mann gab an, das Internet überhaupt nicht für private Zwecke zu nutzen, während 4 Frauen diese Antwortmöglichkeit wählten. Hinsichtlich der beruflichen Nutzung konnten keine Geschlechtsunterschiede gefunden werden ($\chi^2(2, 376) = 0,464$, $p = 0,793$).

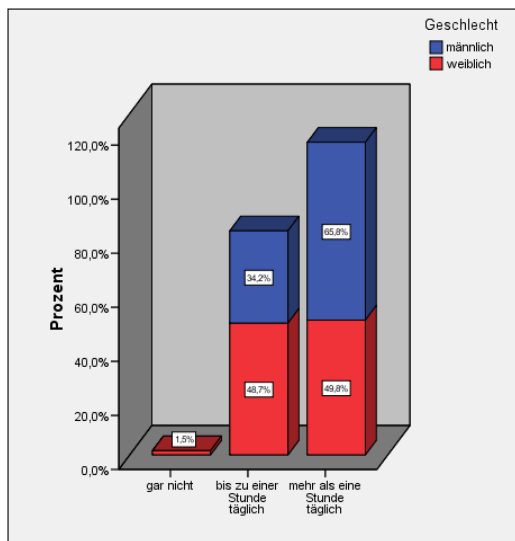


Abbildung 13: Private Internetnutzung und Geschlecht

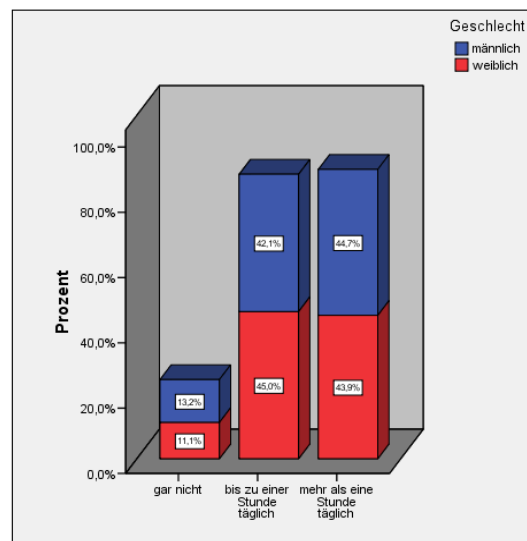


Abbildung 14: Internetnutzung beruflich und Geschlecht

Betreffend dem Alter konnten ebenfalls signifikante Unterschiede festgestellt werden ($\chi^2(4, 385) = 9,217, p = 0,031$). In der Gruppe der über 30-Jährigen nutzen 2,1% ($n = 3$) der Personen das Internet nicht für private Zwecke, während keine Person aus der jüngsten Altergruppe diese Antwort wählte. Je älter die Teilnehmer, umso häufiger gaben sie an, das Internet bis zu einer Stunde zu nutzen und je jünger, umso eher nutzen sie es mehr als eine Stunde täglich (siehe Abbildungen 15 und 16).

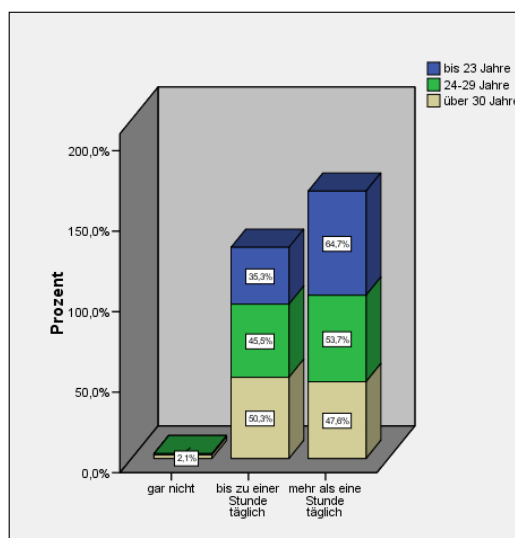


Abbildung 15: Private Internetnutzung und Alter

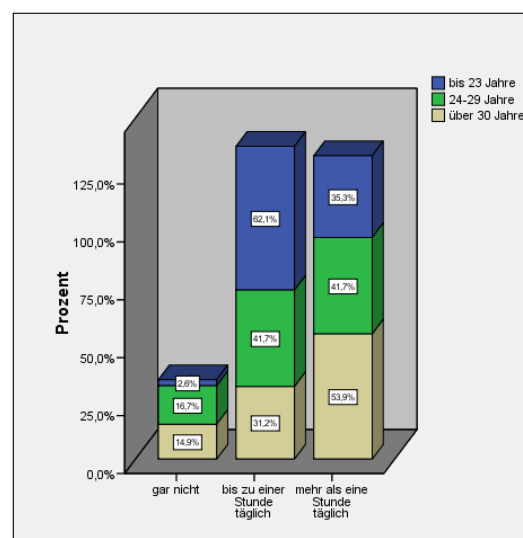


Abbildung 16: Berufliche Internetnutzung und Alter

6.2 Internetdienste

Die Teilnehmer wurden nach der Nutzung spezifischer Internetdienste befragt. Die zur Verfügung stehenden Antwortmöglichkeiten wurden bereits in Tabelle 1 genannt. Die durchschnittliche Nutzung der einzelnen Dienste ist in Tabelle 13 ersichtlich.

Tabelle 13: Nutzung der Internetdienste

Internetdienste	MW	SD	MD	m	w
im Internet surfen	2	0	3	53	100
Suchmaschinen nutzen	1,8636	0,559	2	103	266
E-Mail versenden/empfangen	1,7836	0,469	2	113	251
Angebote suchen	1,4788	0,731	2	106	246
Facebook	1,3397	1,121	2	95	219
Youtube	1,255	0,9	1	104	248
Online Communities	1,156	1,123	2	95	231
Download von Dateien	1,1041	0,852	1	106	258
Homebanking	1,0207	0,71	1	118	267
Gesprächsforen Newsgroups Chats	0,8538	1,028	1	105	236
Musikdateien herunterladen	0,8254	0,891	1	106	248
Onlineshopping	0,7828	0,736	1	114	258
Buch- und CD-Bestellung	0,6907	0,717	1	115	259
Instant Messenger	0,5301	0,966	0	108	241
Online-Spiele	0,5278	0,886	0	104	255
andere Audiodateien herunterladen	0,4959	0,819	0	111	255
Video/TV zeitversetzt	0,4889	0,811	0	112	247
live Radio hören	0,4341	0,88	0	108	255
Onlineauktion	0,3128	0,652	0	116	257
RSS-feeds, Newsfeeds	0,2873	0,658	0	113	255
live Fernsehen	0,2745	0,642	0	115	252
Audio/Radio zeitversetzt	0,189	0,555	0	109	255
Kontakt-/Partnerbörsen	0,1804	0,569	0	115	261

Die Teilnehmer gaben an die meiste Zeit damit zu verbringen im Internet zu surfen ($MW = 2,0$; $SD = 0,00$). Kontakt und Partnerbörsen ($MW = 0,180$, $SD = 0,569$), zeitversetztes Radio hören ($MW = 0,189$; $SD = 0,555$), live Fernsehen ($MW = 0,274$; $SD = 0,642$) sowie RSS-feeds und Newsfeeds ($MW = 0,287$, $SD = 0,658$) werden am wenigsten genutzt.

In der Fachliteratur wird zwischen informativen und interaktiven, kommunikativen Angeboten unterschieden (Young, 1996; Caplan, 2002). Die einzelnen Dienste wurden einer Gruppe zugeteilt. Zu den kommunikativen Angeboten wurden E-Mail versenden/empfangen, Gesprächsforen und Newsgroups, Online Communities, Online-Spiele, Kontakt- und Partnerbörsen sowie Facebook gezählt. Die übrigen werden als informative Angebote angesehen. In der Nutzung dieser beiden Gruppen existieren Unterschiede ($t(386) = 23,805$; $p < 0,001$). Informative Dienste werden häufiger genutzt ($MW_{\text{informativ}} = 9,02$, $SD_{\text{informativ}} = 4,45$; $MW_{\text{kommunikativ}} = 4,73$, $SD_{\text{kommunikativ}} = 2,77$). Diese beiden Gruppen wurden auch in Bezug auf Geschlechts- und Altersunterschiede untersucht. Dabei konnten signifikante Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der informativen Internetdienste festgestellt werden ($t(206,16) = 3,434$; $p = 0,001$). Männer nutzen diese Dienste häufiger als Frauen ($MW_{\text{informativ_männlich}} = 10,21$, $SD_{\text{informativ_männlich}} = 4,72$; $MW_{\text{informativ_weiblich}} = 8,48$, $SD_{\text{informativ_weiblich}} = 4,23$). Es konnten allerdings keine Altersunterschiede festgestellt werden ($F(2) = 1,180$; $p = 0,308$). In Bezug auf kommunikative Internetangebote konnten Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden ($t(384) = 2,263$; $p = 0,024$). Männer nutzen sie mehr als Frauen ($MW_{\text{kommunikativ_männlich}} = 5,20$, $SD_{\text{kommunikativ_männlich}} = 2,94$; $MW_{\text{kommunikativ_weiblich}} = 4,51$, $SD_{\text{kommunikativ_weiblich}} = 2,67$). Hinsichtlich des Alters konnten Unterschiede festgestellt werden ($F(2) = 9,047$; $p < 0,001$). Die Gruppe der bis zu 23-Jährigen unterscheidet sich von den beiden anderen Altersgruppen. Die 24-29-Jährigen unterscheiden sich nicht von den über 30-Jährigen ($MW_{\text{bis23}} = 5,57$, $SD_{\text{bis23}} = 2,53$; $MW_{\text{24bis29}} = 4,58$, $SD_{\text{24bis29}} = 2,63$; $MW_{\text{über30}} = 4,16$, $SD_{\text{über30}} = 2,92$).

Zur besseren Übersicht wurden die einzelnen Antwortmöglichkeiten in Gruppen zusammengefügt. Die Kategorie "gar nicht" wurde beibehalten. Die Kategorien „wöchentlich“ und bis zu einer Stunde“ wurden zusammengefasst. Die übrigen Kategorien wurden ebenfalls zu einer neuen Kategorie zusammengefasst und „mehr als eine Stunde“ benannt.

6.3 Internetsuchtskala

Wie bereits erwähnt, wurde im Zuge der Erhebung die Internetsuchtskala nach Hahn und Jerusalem (2001) vorgegeben. Die Teilnehmer wurden aufgrund ihrer Angaben einer von drei Subgruppen, nicht gefährdete Personen, gefährdete Personen und abhängige Personen, zugeordnet (siehe Abbildung 17).

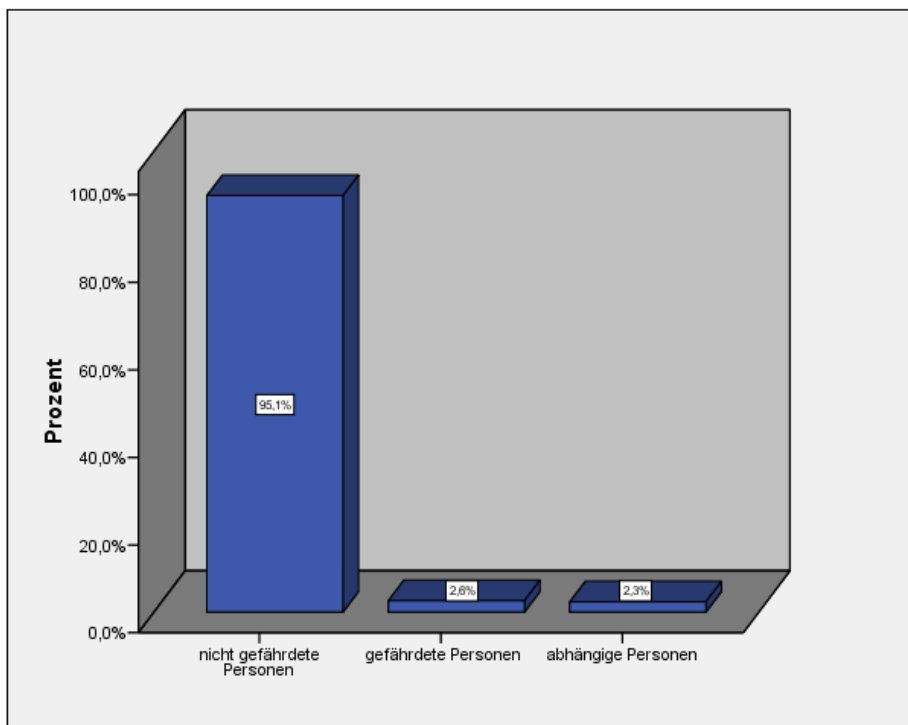


Abbildung 17: ISS-Gruppen nach Hahn und Jerusalem (2001)

Diese Aufteilung ist allerdings für die weitere Berechnung nicht geeignet, da es sich bei den beiden letzten Gruppen um sehr kleine Gruppen handelt. Deshalb wurden anschließend 10%-Perzentile zur Einteilung herangezogen. Personen mit Werten bis 19 wurden zur ersten Gruppe gezählt (7%; $n = 27$). Personen mit Werten zwischen 20 und 41 (82,9%; $n = 321$) wurden der zweiten Gruppe zugeordnet. Personen mit Werten ab 42 (10,1%; $n = 39$) wurden zur dritten Gruppe zugeteilt (siehe Abbildung 18). Die Gruppen wurden „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ bezeichnet. Diese Gruppen werden für die weitere Berechnung herangezogen.

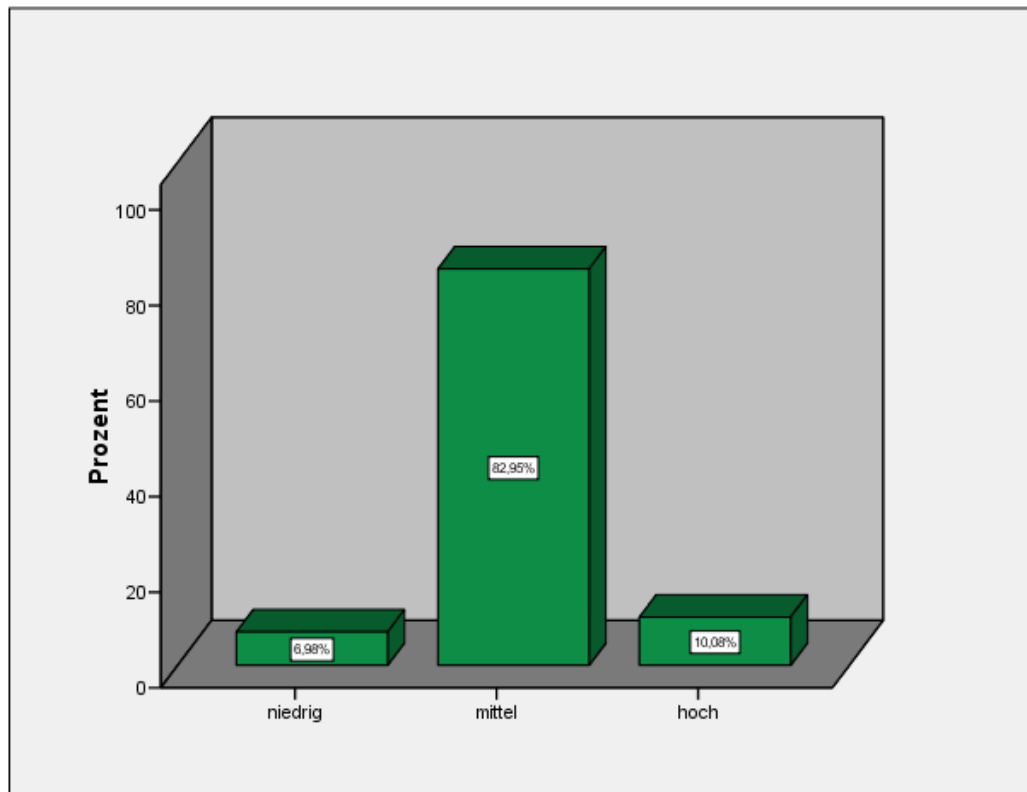


Abbildung 18: ISS Gruppen anhand Perzentile

6.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Mithilfe des BSI wurden die aktuellen Beschwerden erfasst. Die einzelnen Skalen wurden bereits in Kapitel 1.3.3 beschrieben. Die Teilnehmer berichten am häufigsten über Beschwerden im Bereich *Zwanghaftigkeit*. Wenige Beschwerden sind im Bereich *Phobische Angst* zu finden (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: BSI Subskalen-Mittelwerte der Summenscores

Skala	Summenmittelwer
Zwanghaftigkeit	3,69
Depressivität	2,86
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,16
Paranoides Denken	2,14
Ängstlichkeit	2,02
Somatisierung	1,82
Aggressivität/Feindseligkeit	1,79
Psychotizismus	1,49
Phobische Angst	1,07

Zur weiteren Berechnung wurden die Summenwerte in Skalenwerte transformiert. Die Skalenwerte für die generelle psychische Belastung (GSI) sowie für die einzelnen Subskalen wurden anschließend in *T*-Werte transformiert. Für die Globalen Kennwerte GS und GSI wurde die Gesamtnormgruppe als Vergleichsgruppe herangezogen. Im Anschluss wurden die beiden Gruppen „Belastung“ und „keine Belastung“ gebildet. Werte über 63 sprechen für eine Belastung. Personen mit *T*-Werten von bis zu 62 wurden der Gruppe „keine Belastung“ zugewiesen. Personen mit einem *T*-Wert von 63 oder mehr wurden zur Gruppe „Belastung“ zugeteilt. Insgesamt gaben 20,2% ($n = 78$) der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung an belastet zu sein.

Die Belastung wurde zudem getrennt für Männer und Frauen berechnet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 20 dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass Frauen (21,3%; $n = 57$) und Männer (17,6%; $n = 21$) in der vorliegenden Stichprobe annähernd gleichermaßen belastet sind. Eine Prüfung auf Geschlechtsunterschiede mittels Chi-Quadrat-Test ergab keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(1, 386) = 0,699$; $p = 0,403$). Auch auf den Subskalen konnten – mit Ausnahme der Skala Somatisierung ($p = 0,035$) – keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden werden. Es befinden sich mehr Frauen unter den belasteten Personen in Bezug auf Somatisierung (82,6%; $n = 38$).

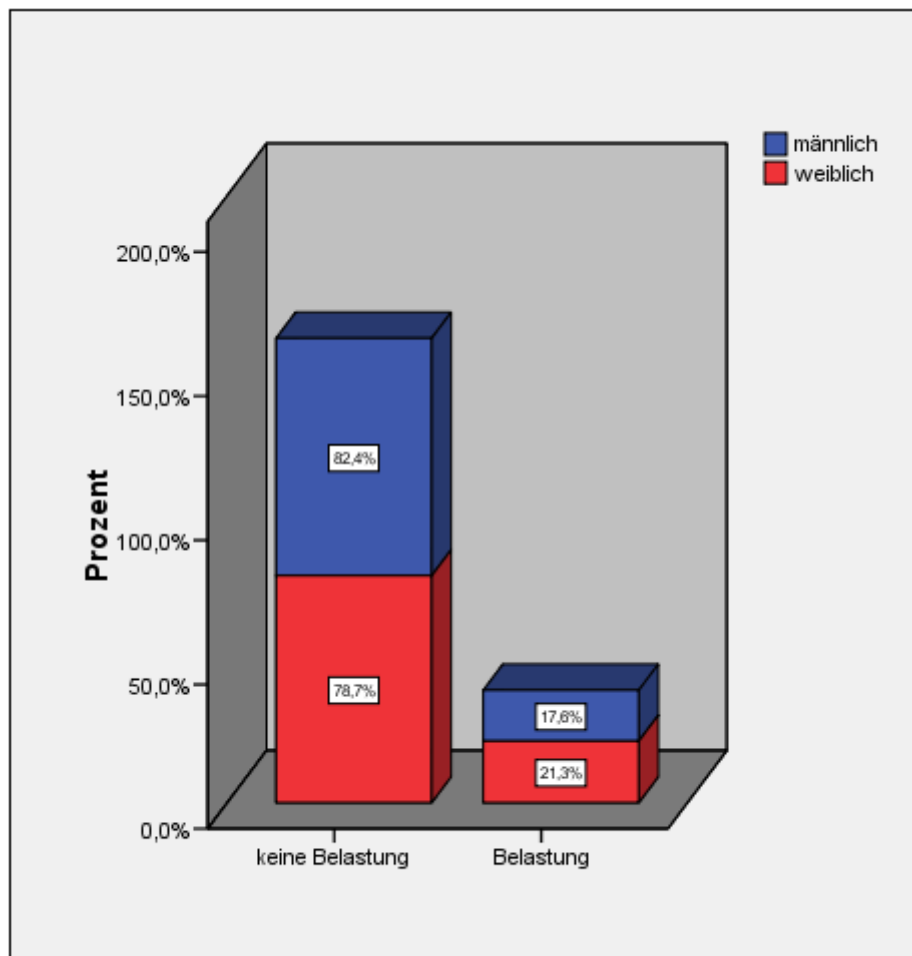


Abbildung 19: Belastung nach BSI für Globalen Kennwert (GS)

Zusätzlich wurden auch die zuvor gebildeten Altersgruppen zur weiteren Analyse der Beschwerden herangezogen. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde überprüft, ob es Unterschiede zwischen den neun Subskalen gibt. Auch hier konnten Differenzen im Bereich *Somatisierung* ausgemacht werden ($\chi^2(2, 387) = 6,26; p = 0,044$). 39,9% ($n = 136$) der über 30-Jährigen geben an nicht belastet zu sein, während nur 29,6% ($n = 101$) der 23-29-Jährigen und 30,5% ($n = 104$) der bis zu 23-Jährigen nicht belastet sind. In Bezug auf die Gesamtbelastung konnten keine Altersunterschiede gefunden werden.

6.5 Einstellung gegenüber Online-Behandlung

Die neu gebildeten Variablen zur Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen wurden noch bevor weitere Berechnungen vorgenommen wurden in Skalenwerte umgewandelt. Dazu wurde jeder Wert mit seiner Ladung multipliziert. In einer ersten Analyse wurden anschließend Mittelwerte und Standardabweichungen pro Variable berechnet (siehe Tabelle 15). Die Ergebnisse werden im nächsten Kapitel erläutert.

Tabelle 15: Deskriptivstatistik Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen

Statistische Kennzahlen	Positive Einstellung	Anonymität	Wissen	Neue Medien
Mittelwert	43,87	8,17	9,32	10,48
Median	45,33	6,93	8,23	10,41
Standardabweichung	15,96	4,56	3,33	1,88
Varianz	254,75	20,75	11,10	3,53
Minimum	21,47	2,01	6,96	3,22
Maximum	82,01	20,40	25,17	12,87

Hohe Werte in der Skala *Positive Einstellung* sprechen dafür, dass die Personen einer internetbasierten Behandlung offen gegenüber stehen und sich auch deren Vor- und Nachteile bewusst sind. Hohe Werte in der Skala *Anonymität* ergeben sich aufgrund der Wichtigkeit von Anonymität im Beratungsprozess. Ist diese einem Teilnehmer besonders wichtig, so erreicht er auch hohe Werte in dieser Skala. Hohe Werte in der Skala *Wissen* geben Auskunft über bisherige Erfahrungen mit internetbasierten Interventionen sowie das Wissen über deren Vor- und Nachteile, aber auch Wissen über Unterschiede zu herkömmlichen Behandlungsformen. Hohe Werte in der Skala *Neue Medien* sprechen für eine hohe Akzeptanz von Internet und Computern. Am meisten Zustimmung fanden die Items zur Skala *Neue Medien* gefolgt von der Skala *positive Einstellung*. Die anderen beiden Skalen fanden ungefähr gleich viel Anklang unter den Teilnehmern.

7 ERGEBNISSE HYPOTHESENPRÜFUNG

Die in Kapitel 1.2 aufgestellten Hypothesen wurden mithilfe geeigneter statistischer Verfahren überprüft (siehe Tabelle 1). Die Ergebnisse werden im Anschluss dargestellt.

7.1 Internetnutzung und pathologischer Internetgebrauch

Nachfolgende Hypothesen beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen demographischen Daten sowie Internetnutzung und pathologischem Internetgebrauch. Die Fragestellungen 1a-i werden im Anschluss statistisch überprüft.

7.1.1 Pathologischer Internetgebrauch und demographische Daten

Zu Beginn wurde untersucht, ob Unterschiede in der Zugehörigkeit zu einer der drei Gruppen, die sich aufgrund der ISS ergeben, von demographischen Daten abhängen. Dazu wurden Chi-Quadrat Tests durchgeführt. Hinsichtlich des Geschlechts konnten Unterschiede nachgewiesen werden ($\chi^2(2, 386) = 13,764, p = 0,001$). Es befinden sich mehr Frauen (7,9%; $n = 21$) in der ISS-Gruppe „niedrig“ und „mittel“ (85,8%; $n = 229$) als Männer (5,0%; $n = 6$; 76,5%; $n = 91$). Analog dazu befinden sich mehr Männer (18,5%; $n = 22$) in der ISS-Gruppe „hoch“ als Frauen (6,4%; $n = 17$). Die Verteilung der Geschlechter auf die 3 Gruppen ist in Abbildung 21 zu finden.

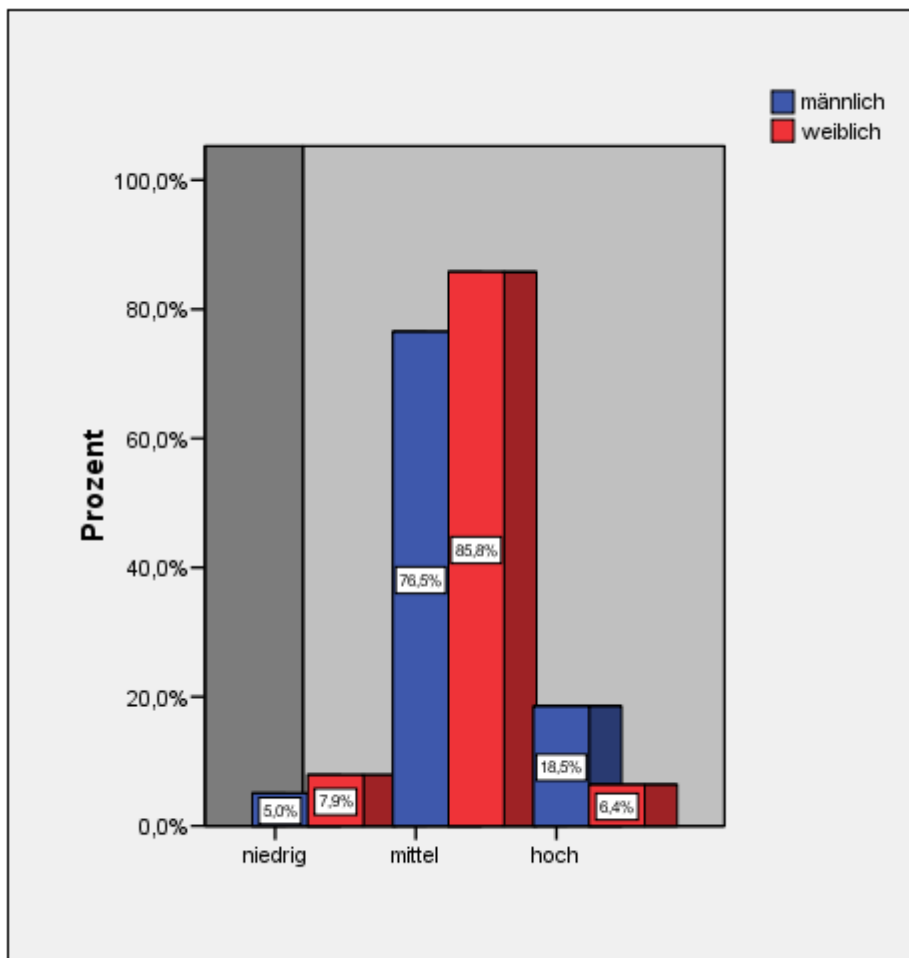


Abbildung 20: Verteilung Geschlecht und ISS-Gruppen

Es konnten auch Alterunterschiede in den drei Gruppen der ISS nachgewiesen werden ($\chi^2(4, 387) = 11,725, p = 0,020$). In der ISS-Gruppe „niedrig“ sind vermehrt über 30-Jährige zu finden (12,3%, $n = 18$). In den ISS-Gruppen „mittel“ und „hoch“ sind die 3 Altersgruppen annähernd gleich häufig vertreten. Die Verteilung der Altersgruppen ist in Abbildung 22 zu sehen.

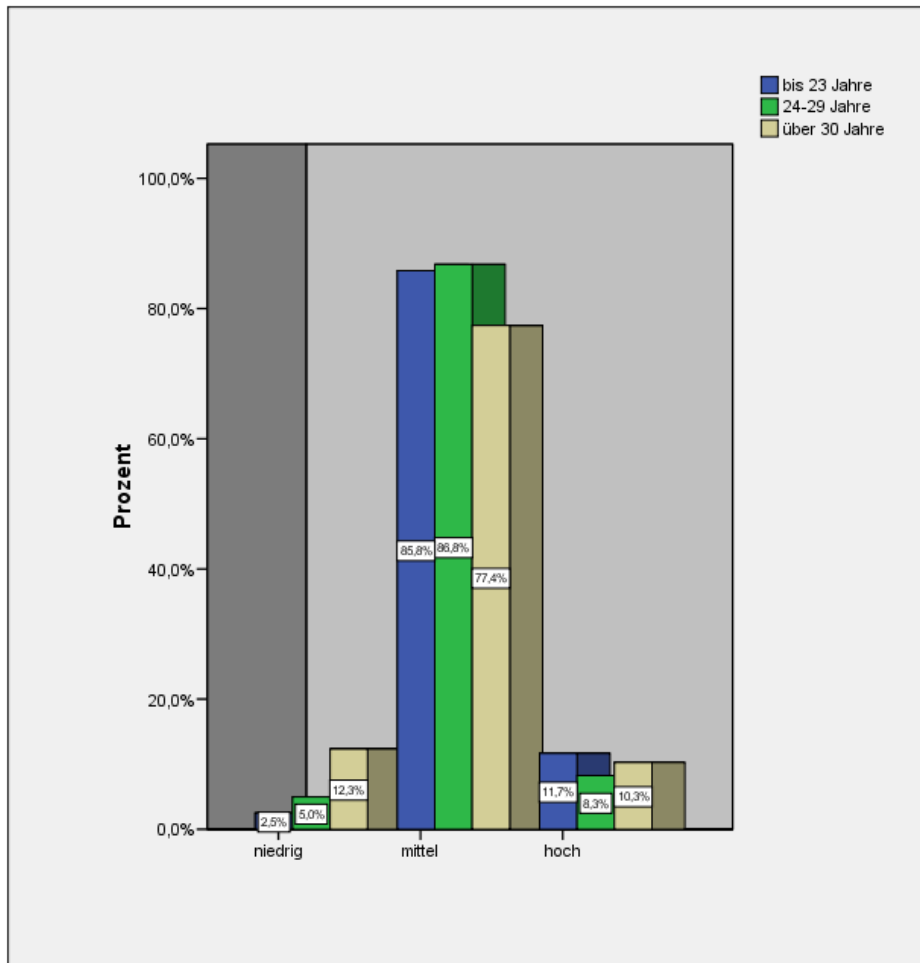


Abbildung 21: Verteilung Alter und ISS-Gruppen

Auch hinsichtlich dem Herkunftsland ($\chi^2 (2, 387) = 10,830$; $p = 0,004$) sowie in Bezug auf Ausbildung ($\chi^2 (376) = 14,694$; $p = 0,004$) und Tätigkeit ($\chi^2 (386) = 18,329$; $p = 0,004$) wurden signifikante Ergebnisse sichtbar. Teilnehmer aus Österreich sind nur zu 6,9% ($n = 19$) in der ISS-Gruppe „hoch“ vertreten, während 18% ($n = 20$) der Teilnehmer aus anderen Ländern in dieser Gruppe zu finden sind. Betrachtet man die Verteilung auf die drei ISS-Gruppen in Bezug auf die Ausbildung der Teilnehmer, so sind Personen mit Lehrabschluss häufiger in den ISS-Gruppen „niedrig“ (13%; $n = 9$) und „hoch“ (17,4%; $n = 12$) zu finden als Personen mit Matura (3,2%; $n = 6$ und 8,6%; $n = 16$) und Akademiker (9,2%; $n = 12$ und 8,5%; $n = 11$). Die beiden letztgenannten sind vermehrt in der ISS-Gruppe „mittel“ zu finden.

7.1.2 Internetnutzung

Es wurde die Internutzung sowohl privat als auch beruflich in Bezug zu den drei Gruppen der ISS untersucht (Fragestellung 1b). Dabei konnten signifikante Unterschiede bezüglich der privaten Internetnutzung festgestellt werden ($\chi^2 = 56,185$; $p < 0,001$). Alle Personen aus der ISS-Gruppe „niedrig“ nutzen das Internet bis zu einer Stunde täglich für private Zwecke. Personen aus der ISS-Gruppe „hoch“ nutzen das Internet länger als Personen aus der ISS-Gruppe „mittel“. 87,2% ($n = 34$) aus der ISS-Gruppe „hoch“ nutzen es mehr als eine Stunde täglich, während nur 55,3% ($n = 177$) Personen aus der ISS-Gruppe „mittel“ dies angeben (siehe Abbildung 23). Hinsichtlich der beruflichen Nutzung konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($\chi^2 = 7,004$; $p = 0,126$).

7.1.3 Online-Dienste

Die Fragestellungen 1c-e beschäftigen sich mit den einzelnen Online-Diensten. Diese wurden in Bezug auf Geschlechtsunterschiede untersucht. Es wurden Chi-Quadrat Tests mit jedem Online-Dienst berechnet. Dabei konnten bei den Diensten Instant Messenger, live Radio hören, Online-Spiele, Onlineauktion, Kontakt-/Partnerbörsen, Musikdateien herunterladen und andere Audiodateien herunterladen signifikante Unterschiede festgestellt werden. Hoch signifikante Unterschiede konnten ebenso hinsichtlich der Angebote Live im Internet fernsehen, Video/TV zeitversetzt, Audio/Radio zeitversetzt und Download von Dateien gefunden werden. Die Dienste E-Mail versenden und empfangen, Angebote suchen, im Internet surfen, Gesprächsforen und Newsgroups, Online Communities, Suchmaschinen nutzen, Homebanking, Online-shopping, RSS-feeds und Newsfeeds, Buch und CD-Bestellungen sowie Facebook und Youtube lieferten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (siehe Tabelle 16). Betrachtet man diese Differenzen genauer, so ist festzustellen, dass die meisten Dienste von Männern häufiger und länger genutzt werden als von Frauen. Lediglich bei den Diensten live Fernsehen sowie Video/TV zeitversetzt ist das Gegenteil der Fall.

Die einzelnen Dienste wurden auch in Bezug auf das Alter untersucht. Signifikante Unterschiede konnten bei den Angeboten Online Communities nutzen, Onlineshopping,

Download von Dateien und Buch- und CD-Bestellung gefunden werden. Hoch signifikante Ergebnisse sind bei den Diensten Instant Messenger, Homebanking, Musikdateien herunterladen sowie Facebook und Youtube zu finden (siehe Tabelle 16). Grundsätzlich zeichnet sich der Trend ab, dass jüngere Personen die einzelnen Dienste häufiger und länger nutzen als ältere Personen.

Zur Beantwortung von Fragestellung 1e wurden die drei ISS-Gruppen herangezogen. Bezüglich der Dienste E-Mail, einfach so im Internet surfen, live fernsehen, Online-shopping, RSS-feeds/Newsfeeds und Buch/CD Bestellungen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Hoch signifikante Unterschiede konnten betreffend der Nutzung von Gesprächsforen, Newsgroups und Chats, von Online Communities, zeitversetztem Video/TV, Homebanking, dem Download von Dateien sowie der Nutzung von Facebook und Youtube gefunden werden (siehe Tabelle 16). Bezüglich all dieser Dienste nutzen Personen, die niedrige und mittlere Werte in der ISS erreichen, die einzelnen Dienste weniger häufig als Personen mit hohen Werten. Zudem kann festgestellt werden, dass Personen mit hohen Werten weniger häufig die Antwort „gar nicht“ wählten. Eine Ausnahme stellen Onlineauktionen dar. Dieses Angebot wird vom überwiegenden Teil der befragten Personen gar nicht genutzt (bis 23 Jahre: 81,5%; $n = 22$; 76,3%; 24-30 Jahre: $n = 245$; über 30 Jahre: 64,1%; $n = 25$). Personen aus den ISS-Gruppen „mittel“ (20,6%; $n = 66$) und „hoch“ (25,6%; $n = 10$) nutzen es bis zu einer Stunde täglich. Bezüglich des Angebots Homebanking ist festzustellen, dass Personen aus der ISS-Gruppe „mittel“ es bis zu einer Stunde nutzen (79,1%; $n = 254$), allerdings nicht länger (0%; $n = 0$). 44,4% ($n = 12$) der Personen aus der Gruppe „niedrig“ nutzen Homebanking gar nicht.

Tabelle 16: Unterschiede bei Online-Diensten

Online-Dienst	Geschlecht		Alter		ISS	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
E-Mails versenden/empfangen	0,687	0,797	4,475	0,342	4,445	0,257
zielgerichtet Angebote suchen	1,031	0,597	5,732	0,220	10,701	0,022
an Gesprächsforen/Newsgroups/ Chats teilnehmen	2,737	0,254	5,655	0,226	26,356	<0,001
Einfach so im Internet surfen	1,727	0,189	2,618	0,270	4,001	0,135
Instant Messenger	6,904	0,032	31,218	<0,001	9,365	0,047
Online Communities nutzen	3,505	0,173	13,126	0,011	34,856	<0,001
Live im Internet Radio hören	7,411	0,025	1,859	0,762	10,286	0,029
Live im Internet Fernsehen	18,550	<0,001	9,277	0,053	7,561	0,086
Video/TV zeitversetzt	14,493	0,001	7,801	0,099	19,321	<0,001
Audio/Radio zeitversetzt	20,564	<0,001	2,652	0,618	19,019	<0,001
Suchmaschinen nutzen	2,803	0,233	3,096	0,557	13,159	0,008
Homebanking	4,319	0,089	21,931	<0,001	18,855	<0,001
Online-Spiele	11,079	0,004	4,408	0,354	10,644	0,025
Onlineauktion	9,078	0,011	6,733	0,151	10,606	0,023
Onlineshopping	0,989	0,657	16,540	0,002	7,481	0,088
Download von Dateien	14,220	0,001	19,974	0,002	22,995	<0,001
RSS-feeds, Newsfeeds	3,955	0,138	3,239	0,519	2,249	0,684
Buch-/CD-Bestellungen	0,418	0,833	10,392	0,031	8,344	0,060
Kontakt-/Partnerbörsen	8,446	0,013	5,245	0,254	13,193	0,006
Musikdateien anhören/herunterladen	6,419	0,040	30,193	<0,001	14,512	0,004
Andere Audiodateien anhören/ herunterladen	8,978	0,011	6,956	0,138	15,813	0,002

Online-Dienst	Geschlecht		Alter		ISS	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Facebook	0,497	0,780	29,268	<0,001	36,644	<0,001
Youtube	5,772	0,056	45,060	<0,001	33,389	<0,001

7.2 Beschwerden und pathologischer Internetgebrauch

Fragestellung 2 widmet sich den Beschwerden, die mittels Brief Symptom Inventory erhoben wurden. Zu Beginn wurde die Globale Belastung, die im Kennwert GSI ausgedrückt wird, zur Analyse herangezogen. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde überprüft, ob belastete und nicht belastete Personen sich hinsichtlich ihrer Zuordnung zu einer ISS-Gruppe unterscheiden (siehe Abbildung 23). Es konnten hoch signifikante Unterschiede gefunden werden ($\chi^2 (2,387) = 46,420$; $p < 0,001$).

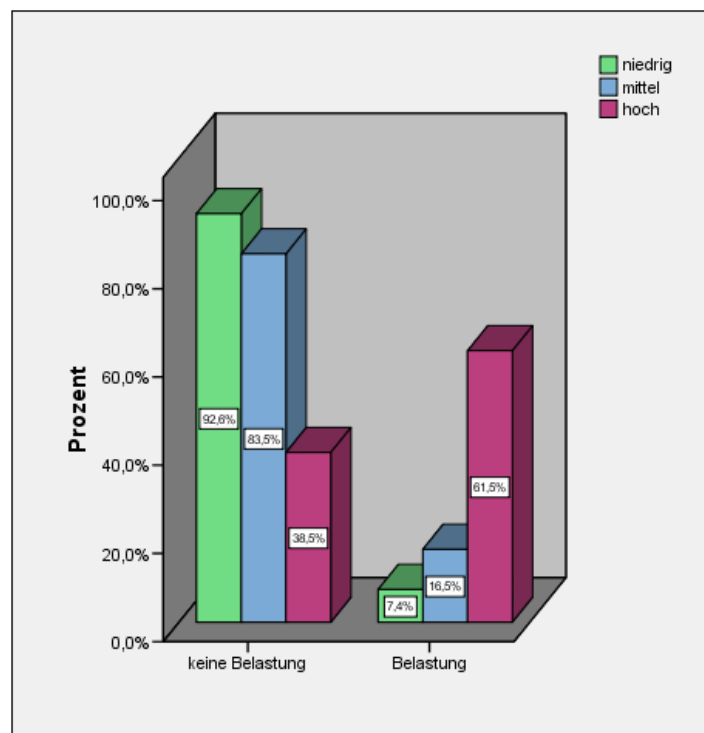


Abbildung 22: Vergleich ISS-Gruppen und Belastung

61,5% ($n = 24$) der Personen, die über Belastung berichten, befinden sich in der ISS-Gruppe „hoch“, nur 38,5% ($n = 15$) der nicht belasteten Personen in dieser Gruppe zu finden sind. Hingegen sind 7,4% ($n = 2$) der belasteten Personen in der ISS-Gruppe „niedrig“. Diesen stehen 92,6% ($n = 25$) der nicht belasteten Teilnehmer in dieser Gruppe gegenüber. Personen, die höhere Werte in der Internetsuchtskala erreichen, erleben mehr Belastung als Personen mit niedrigen Werten.

Fragestellung 2b befasst sich mit den einzelnen Subskalen des BSI. Ob Personen aus den drei Gruppen, die sich aufgrund der ISS ergeben, über unterschiedliche Beschwerden berichten, wurde wieder mittels Chi-Quadrat-Test überprüft. Die Ergebnisse für die neun Subskalen sind in Tabelle 17 zu finden. Mit Ausnahme der Subskala Somatisierung konnten hoch signifikante Ergebnisse gefunden werden, was dafür spricht, dass es Unterschiede zwischen den drei Gruppen in Bezug auf die einzelnen Subskalen gibt. Hinsichtlich Zwanghaftigkeit als auch Unsicherheit im Sozialkontakt gaben 59% ($n = 23$) der Personen aus der ISS-Gruppe „hoch“ an belastet zu sein, aber nur 3,7% ($n = 1$) aus der Gruppe „niedrig“. Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich Depression. Auch hier geben nur 3,7% ($n = 1$) der Personen aus der ISS-Gruppe „niedrig“ an belastet zu sein. Diesen stehen 59% ($n = 23$) aus der Gruppe „hoch“ gegenüber. Auch in Bezug auf die anderen Subskalen berichten Personen aus der ISS-Gruppe „hoch“ häufiger über Beschwerden als Personen der beiden anderen ISS-Gruppen. Je höhere Werte die Befragten Personen in der ISS erreichten, umso eher berichteten sie auch von Beschwerden.

Tabelle 17: ISS-Gruppen und BSI Skalenwerte

Subskala	χ^2	p	df	n
Somatisierung	4,785	0,094	/	387
Zwanghaftigkeit	44,910	<0,001	/	387
Unsicherheit im Sozialkontakt	41,669	<0,001	2	387
Depressivität	41,669	<0,001	/	387
Ängstlichkeit	20,445	<0,001	/	387
Aggressivität/ Feindseligkeit	23,160	<0,001	/	387
Phobische Angst	16,406	<0,001	/	387
Paranoides Denken	16,096	<0,001	/	387
Psychotizismus	55,308	<0,001	2	387

In Abbildung 24 sind die drei Gruppen, die sich aus der Internetsuchtskala ergeben, den neun Subskalen des Brief Symptom Inventory gegenüber gestellt. Darin ist deutlich erkennbar, dass Personen, aus der ISS-Gruppe „hoch“ unter mehr Belastung leiden als Personen aus der Gruppe „mittel“ und diese wiederum von mehr Belastung berichtet als Personen aus der ISS-Gruppe „niedrig“. Zur Berechnung wurden die Skalenwerte der BSI-Subskalen herangezogen.

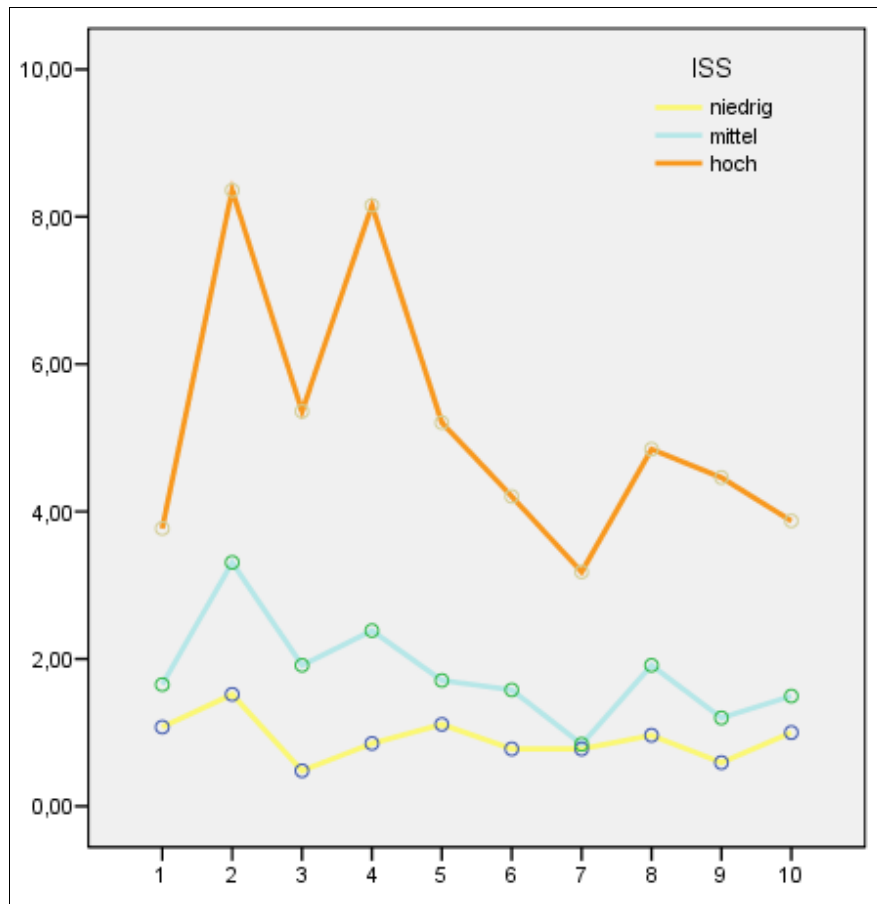


Abbildung 23: BSI Subskalen und ISS (1 = Somatisierung, 2 = Zwanghaftigkeit, 3 = Unsicherheit im Sozialkontakt, 4 = Depressivität, 5 = Ängstlichkeit, 6 = Aggressivität/Feindseligkeit, 7 = Phobische Angst, 8 = Paranoides Denken, 9 = Psychotizismus, 10 = Globale Belastung).

7.3 Online-Interventionen, pathologischer Gebrauch und Beschwerden

Das Hauptaugenmerk dieser Untersuchung gilt der Einstellung gegenüber Online-Interventionen. Wie bereits in Kapitel 1.4 erwähnt wurde eine Vorerhebung zur Itemgenerierung durchgeführt. Dabei konnten 4 Faktoren gefunden werden, anhand derer sich die Einstellung gegenüber Online-Interventionen beschreiben lässt. Fragestellung 3 beschäftigt sich mit diesen neuen Variablen zur Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen.

Mittels Rangkorrelation nach Spearman wurde der Zusammenhang zwischen den ISS-Gruppen und den Skalen der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen untersucht (Fragestellung 3a). Dabei konnten signifikante Zusammenhänge mit den Skalen *positive Einstellung* ($p = 0,001$), *Anonymität* ($p = 0,003$) und *Neue Medien* ($p > 0,001$) gefunden werden. Die zugehörigen Korrelationskoeffizienten (0,170; 0,152; 0,291) lassen allerdings nur auf einen geringen Zusammenhang schließen.

Um signifikanten Ergebnisse genauer betrachten zu können, wurden die Skalen der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen in je drei ungefähr gleich große Gruppen aufgeteilt und „Intervention niedrig“, „Intervention mittel“ und „Intervention hoch“ genannt. Die Gruppen wurden herangezogen und im Zuge von Chi-Quadrat-Tests auf Unterschiede untersucht. Im Zuge dieser neuen Berechnungen verschwindet das signifikante Ergebnis hinsichtlich der Skala *Anonymität*. In den Skalen *Positive Einstellung* ($\chi^2(4,387) = 12,897$; $p = 0,012$) und *Neue Medien* ($\chi^2(4,387) = 34,703$; $p < 0,001$) sind nach wie vor signifikante Unterschiede zu finden. Es unterscheiden sich vor allem die Gruppen „Intervention niedrig“ und „Intervention hoch“ auf beiden Skalen. Personen, die niedrige Werte in der Internetsuchtskala erreichen, haben auch niedrige Werte hinsichtlich der Intervention. Personen die hohe Werte in der Internetsuchtskala erreichen, sind häufig in der Gruppe „Intervention hoch“ zu finden.

Fragestellung 3b beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Belastung und der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen. Zur Überprüfung wurden die beiden Gruppen „Belastung“ und „keine Belastung“, die sich im GSI ausdrücken herangezogen. Es wurde eine Korrelation nach Spearman berechnet. Dabei konnten signifikante Zusammenhänge zwischen *positiver Einstellung* und Belastung ($p = 0,003$) und *Anonymität* und Belastung ($p = 0,002$) gefunden werden. Allerdings sind auch hier die zugehörigen Korrelationskoeffizienten sehr niedrig.

Ebenso wurden hier zur genaueren Betrachtung Chi-Quadrat-Tests mit dem gruppierten Variablen durchgeführt. Es konnten wiederum Unterschiede zwischen belasteten und nicht belasteten Personen in den Skalen *positive Einstellung* ($\chi^2(2,387) = 6,235$; $p = 0,044$) und *Anonymität* ($\chi^2(2,387) = 7,107$; $p = 0,029$) hinsichtlich ihrer globalen Belastung gefunden werden. Personen, die angeben belastet zu sein, erreichen höhere Werte in den beiden erwähnten Skalen. Weiters wurden die neun Subskalen herangezogen. Die dabei gefundenen signifikanten Unterschiede sind in Tabelle 18 dargestellt.

Auch hier erreichen Personen, die angeben unter Beschwerden zu leiden, höhere Werte in den einzelnen angeführten Subskalen.

Tabelle 18: BSI Subskalen und Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen

Subskala	Positive	Anonymität	Wissen	Neue Medien
	p	p	p	p
Somatisierung	0,726	0,350	0,520	0,042
Zwanghaftigkeit	0,007	0,349	0,731	0,522
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,007	0,003	0,910	0,503
Aggressivität/Feindseligkeit	0,044	0,204	0,894	0,854
Phobische Angst	0,353	0,246	0,642	0,141
Psychotizismus	0,024	0,001	0,413	0,581
Depressivität	0,063	0,054	0,604	0,282
Ängstlichkeit	0,293	0,414	0,780	0,756
Paranoides Denken	0,701	0,294	0,217	0,646

Fragestellung 3c beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und der Haltung gegenüber Online-Interventionen. Dazu wurde eine multiple Regression durchgeführt um den Einfluss der demographischen Variablen auf die Haltung gegenüber Online-Interventionen zu überprüfen.

Bei all den folgenden Regressionsanalysen wurde vorab mittels Durbin-Watson Test eine Autokorrelationen zwischen den einzelnen Variablen ausgeschlossen. Homoskedastizität, Normalverteilung der Residualwerte sowie Linearität wurden grafisch überprüft und sind annähernd gegeben. Da es sich um eine explorative Untersuchung handelt und keine Annahmen über den Beitrag der einzelnen Variablen gemacht werden können, wurden alle erklärenden Variablen gleichzeitig in das Modell einbezogen. Im Bestimmtheitsmaß wird ausgedrückt, wie gut sich die Modellfunktion an die beobachteten Werte anpasst. Zur Überprüfung der Nullhypothese wird eine F-Test herangezogen, der über die Stichprobe hinaus gültig ist (Backhausen et al., 2011).

In Bezug auf die Skala *positive Einstellung* konnten die folgenden Ergebnisse gefunden werden. Das Bestimmtheitsmaß liegt bei 3,6% ($R^2 = 0,036$; Korr. $R^2 = 0,018$) und ist somit sehr niedrig. Beinahe 98% der positiven Einstellung gegenüber internetbasierten Interventionen können nicht durch soziodemographische Variablen erklärt werden. Die erklärte Varianz aufgrund der soziodemographischen Daten ist mit 1,8% als sehr niedrig anzusehen. Es konnten kein signifikantes Ergebnis für das Gesamtmodell gefunden werden ($F(7,372) = 1,970$; $p = 0,058$). Betrachtet man die einzelnen Koeffizienten, so sind auf dem 5%-Niveau lediglich zwei davon signifikant. Neben einer unbekannten Konstante ($p < 0,001$) scheint die Ausbildung eine Rolle zu spielen ($p = 0,005$). Die anderen Variablen haben keinen Einfluss auf die abhängigen Variable *positive Einstellung*. Bindet man auch die beiden Variablen *private* und *berufliche Internetnutzung* in das Modell ein, so erhöht sich die erklärte Gesamtvarianz auf 5,2% ($R^2 = 0,027$; Korr. $R^2 = 0,027$) und das Ergebnis wird signifikant ($F(9,361) = 2,130$; $p = 0,027$). Die private Internetnutzung hat Einfluss auf die positive Einstellung ($p = 0,037$). Die Ausbildung hat jedoch größeren Einfluss (Beta = 0,138) als die private Internetnutzung (Beta = 0,115).

Betreffend der Skala *Anonymität* konnten mithilfe der demographischen Variablen lediglich 3,4% ($R^2 = 0,034$; Korr. $R^2 = 0,016$) der Gesamtvarianz erklärt werden. Keine Variable liefert einen signifikanten Beitrag zum Modell. Auch das Gesamtmodell lieferte kein signifikantes Ergebnis ($F(7,372) = 1,854$; $p = 0,076$). Durch den Einbezug der Internetnutzung konnte auch hier ein Gewinn an erklärter Gesamtvarianz (6%; $R^2 = 0,06$; Korr. $R^2 = 0,036$) und ein signifikantes Ergebnis in Bezug auf das Gesamtmodell ($F(9,361) = 2,486$; $p = 0,009$) gefunden werden. Die private Internetnutzung hat das höchste Gewicht (Beta = 0,147). Auch das Alter liefert in diesem Zusammenhang einen signifikanten Beitrag (Beta = - 0,136; $p = 0,0039$).

In Bezug auf *Wissen* ergibt sich eine erklärte Gesamtvarianz von 3,3% ($R^2 = 0,033$; Korr. $R^2 = 0,015$). Diese steigt wiederum auf 3,8% ($R^2 = 0,038$; Korr. $R^2 = 0,013$) bindet man auch hier die Internetnutzung in das Modell mit ein. Beide Male liefert das Modell kein signifikantes Ergebnis ($F(7,372) = 1,807$; $p = 0,085$; $F(9,361) = 1,533$; $p = 0,135$). Anders als bei den Variablen *positive Einstellung* und *Anonymität* verändert die Internetnutzung das Ergebnis nicht. Lediglich das Geschlecht hat signifikanten Einfluss auf das Modell ($p = 0,014$):

Die Variable *Neue Medien* wird zu 3,5% ($R^2 = 0,035$; Korr. $R^2 = 0,016$) durch die soziodemographischen Variablen erklärt. Die Einstellung gegenüber *Neuen Medien* ist also nicht von soziodemographischen Daten abhängig, sondern von anderen Einflüssen, die in vorliegenden der vorliegenden Regressionsgleichung nicht erfasst wurden. Das Ergebnis in Bezug auf das Gesamtmodell ist nicht signifikant ($F(7,372) = 1,881$; $p = 0,072$), liefert jedoch ein hoch signifikantes Ergebnis, bindet man die Internetnutzung wiederum in das Modell ein ($F(9,361) = 9,361$; $p < 0,001$). Die erklärte Varianz erhöht sich auf immerhin 13,3% ($R^2 = 0,133$; Korr. $R^2 = 0,111$). Zusätzlich zur privaten Internetnutzung ($p < 0,001$), spielt auch hier das Geschlecht eine Rolle ($p = 0,025$).

Insgesamt scheinen soziodemographische Variablen die Haltung gegenüber Online-Interventionen nicht zu beeinflussen. Vielmehr liegt die Annahme nahe, dass andere nicht im Modell integrierte Variablen eine Rolle spielen. Zur Beantwortung von Fragestellung 3d, die sich mit dem Zusammenhang der privaten Internetnutzung mit der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen beschäftigt, wurde eine Korrelation nach Pearson berechnet. Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Skala *Anonymität* ($p < 0,001$) sowie der Skala *Neue Medien* ($p < 0,001$) und Internetnutzung gefunden werden. Die zugehörigen Korrelationskoeffizienten liegen um 0,2, wodurch nur ein geringer Zusammenhang angenommen werden kann.

Im Zuge der Überprüfung der Fragestellungen konnten einige signifikante Zusammenhänge und Unterschiede gefunden werden. Die Ergebnisse aus der Hypothesenprüfung werden im anschließenden Kapitel näher betrachtet und interpretiert.

8 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Im Anschluss soll auf die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eingegangen werden. Signifikante Unterschiede und Zusammenhänge werden erläutert und in Bezug zu anderen Studien gestellt. Zudem werden die vorliegenden Ergebnisse mit jenen von Barbara Wograndl (2011) verglichen, die die Ausgangsdaten mittels Clusteranalyse und Diskriminanzanalyse untersuchte. Unterschiede und Zusammenhänge treten auf diese Weise noch deutlicher zum Vorschein. Dazu ist es notwendig zu Beginn die Stichprobe genauer zu betrachten und zu beschreiben. Anschließend wird auf die Ergebnisse der Hypothesenprüfung eingegangen.

8.1 Stichprobe und Internetnutzung

Die Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe dient dazu Aussagen treffen zu können, ob die Zusammensetzung der Stichprobe die Realität abbildet und die Ergebnisse überhaupt mit jenen vorangegangener Studien verglichen werden können. Dabei sind Stichproben aus Online-Untersuchungen jedoch von anderen zu unterscheiden, da hier oftmals eine Selbstselektion stattfindet. Allerdings scheint dieses Problem in der vorliegenden Stichprobe weniger gegeben zu sein, da die Teilnehmer teilweise auch über soziale Netzwerke und E-Mail Versand gewonnen werden konnten und andererseits zum Vergleich Ergebnisse anderer Online-Studien, deren Teilnehmer wahrscheinlich ebenfalls einer Selbstselektion unterliegen, herangezogen werden.

Die vorliegende Stichprobe besteht aus rund zwei Drittel Frauen und einem Drittel Männer. In der Studie von Young (1996a) sind annähernd gleich viele Teilnehmer zu finden. Auch die Verteilung stimmt einigermaßen überein. Laut Statistik Austria (2007) nutzen allerdings mehr Männer als Frauen das Internet. In einer groß angelegten koreanischen Online-Untersuchung von Whang, Lee und Chang (2003) mit rund 8.000 Teilnehmern liegt der Anteil der Männer bei ungefähr 60%. In der vorliegenden Studie ist das Geschlechterverhältnis genau umgekehrt. Deshalb sind Ergebnisse die Ge-

schlechtsunterschiede betreffen vorsichtig zu betrachten. Sie können aber trotzdem Aufschluss über vorliegende Unterschiede geben. Wie sich noch zeigen wird, können gefundene Geschlechtsunterschiede durchaus in Bezug zu bisherigen Ergebnissen gesehen werden. Betrachtet man das Alter der Teilnehmer dieser Studie, so findet man vor allem junge Erwachsene. Auch Statistik Austria (2007) berichtet von einem hohen Anteil junger Nutzer. Der Mittelwert von 31 in der vorliegenden Studie liegt zwar über jenem ($MW = 27$) aus der Studie von Whang und seinen Kollegen (2003), teilt man die Teilnehmer allerdings in drei ungefähr gleich große Gruppen, so beginnt die älteste Gruppe schon bei einem Alter von 31 Jahren, woraus sich schließen lässt, dass die vorliegende Stichprobe als eher jung angesehen werden kann.

Fast alle Teilnehmer gaben an, das Internet für private Zwecke zu nutzen. Die Nutzung variiert dabei von 15 Minuten bis zu hin zu mehreren Stunden. Laut Statistik Austria (2007) nutzen 8% der Bevölkerung es nur beruflich. In der vorliegenden Stichprobe gab nur eine Person an, das Internet nicht für private Zwecke zu nutzen. Hinsichtlich der Nutzung lassen sich Altersunterschiede erkennen. Von den bis zu 23-Jährigen nutzt jeder Teilnehmer das Internet für private Zwecke. Beruflich nutzt diese Altersgruppe das Internet am häufigsten bis zu einer Stunde. Die über 30-Jährigen nutzen das Internet auf häufigsten mehr als eine Stunde. Dieses Ergebnis kann möglicherweise durch die Zusammensetzung der Stichprobe erklärt werden. 38,24% der Teilnehmer befinden sich noch in Ausbildung und sind somit noch nicht oder zumindest nicht voll berufstätig. Zudem stellt die Altersgruppe der über 30-Jährigen die größte Gruppe der Erwerbstätigen dar. 44 Personen gaben an, das Internet beruflich nicht zu nutzen. Berufliche Internetnutzung hängt vermutlich mit der Art der Tätigkeit zusammen. Diese wurde allerdings nicht erhoben, weshalb hier keine genaueren Aussagen getroffen werden können. Privat scheinen Männer das Internet länger zu nutzen als Frauen. Dies deckt sich mit der Untersuchung von Eimeren und Frees (2010). Beruflich lassen sich keine Geschlechtsunterschiede feststellen.

Am häufigsten verbringen die Teilnehmer Zeit damit einfach so im Internet zu surfen oder E-Mails zu versenden und empfangen. Auch die Angebote Facebook und Youtube, die mittlerweile weit verbreitet sind, werden häufig genutzt. Hingegen scheinen Kontakt- und Partnerbörsen, zeitversetztes Audio/Radio und live Fernsehen weniger verbreitet zu sein. Auch RSS-feeds und Newsfeeds werden nur selten genutzt. Die Angebote wurden in informative und kommunikative Dienste aufgeteilt. Beide Formen

werden häufiger von Männern genutzt. Vergleicht man die Nutzung innerhalb des Geschlechts ziehen sowohl Männer als auch Frauen informative Dienste den kommunikativen Diensten vor. Bezüglich letztgenannten konnten zusätzlich Altersunterschiede festgestellt werden. Die jüngste Altersgruppe nutzt diese häufiger als die beiden anderen Gruppen. Busemann und Gscheidle (2010) berichten von einem Rückgang der Partizipation und des Austauschs über das Internet. Wodurch die höhere Nutzung von informativen Angeboten erklärt werden könnte. Auch in Bezug auf die einzelnen Online-Angebote konnten einige Geschlechts- und Altersunterschiede gefunden werden (siehe Tabelle 13). Unterscheiden sich Männer und Frauen in der Nutzung voneinander, dann derart, dass Männer die einzelnen Angebote häufiger und länger nutzen als Frauen. Auch Eimeren und Frees (2010) kommen zu diesem Ergebnis. Einzig bei den Diensten im Zusammenhang mit Fernsehen, sei es live oder zeitversetzt, ist in der vorliegenden Studie eine häufigere Nutzung durch Frauen zu erkennen. Hinsichtlich der gefundenen Alterunterschiede kann festgehalten werden, dass jüngere Personen die einzelnen Dienste grundsätzlich länger nutzen als ältere.

8.2 Pathologischer Internetgebrauch

Zur Erfassung von problematischem Internetgebrauch wurde die Internetsuchtskala (ISS) nach Hahn und Jerusalem (2001) herangezogen. Anhand der Ergebnisse können die Befragten den Gruppen „nicht gefährdet“, „gefährdet“ und „pathologischer Gebrauch“ zugeordnet werden. Die Prävalenzraten bezüglich pathologischem Internetgebrauch variieren zwischen 1,6% und 8,2% (Petersen, Weymann, Schelb & Thomasius, 2009). In der vorliegenden Studie liegt sie bei 2,3%. Betrachtet man allerdings die absoluten Werte, erscheint es nicht sinnvoll die Aufteilung nach Hahn und Jerusalem (2001) beizubehalten, da sich unter den 387 Teilnehmern nur neun Personen mit pathologischem Internetgebrauch befinden. Um sinnvolle statistische Berechnungen durchführen zu können, wurde eine erneute Gruppierung vorgenommen. Diese orientieren sich an Perzentilen. Jene Teilnehmer, deren Werte die unteren und jene, die die oberen 10% in der Internetsuchtskala darstellen, wurden jeweils einer Gruppe „niedrig“ sowie „hoch“ zugeteilt. Die übrigen Personen wurden der Gruppe „mittel“ zugeordnet. Frauen sind seltener in der ISS-Gruppe „hoch“ zu finden als Männer. In dieser befinden sich zudem häufiger die bis zu 23-Jährigen. Auch bei Hahn und Jerusalem (2001) befinden sich unter den Personen mit pathologischem Gebrauch mehr junge Personen.

Young (1996a) konnte in ihrer Studie 396 Personen als nicht abhängig und 100 Personen als abhängig identifizieren. Während Frauen, die zur ersten Gruppe gezählt wurden, rund 43 Jahre alt waren, lag der Mittelwert bei abhängigen Frauen bei 28 Jahren. Bei Männern lässt sich ebenfalls ein - jedoch nicht so großer - Unterschied feststellen. Young (1996a) verwendet in ihrer Studie das Diagnostic Questionnaire (DQ) zur Identifizierung von pathologischem Internetgebrauch. Unterschiede in der vorliegenden Stichprobe lassen sich auch bezüglich anderer demographischer Variablen wie Herkunftsland, Ausbildung und Tätigkeit finden. So sind beispielsweise Personen mit Matura und Akademiker vermehrt in der ISS-Gruppe „mittel“ zu finden. Während in der Gruppe „hoch“ Teilnehmer mit Lehrabschluss einen größeren Anteil darstellen.

Personen, die das Internet länger privat nutzen, befinden sich ebenfalls in der ISS-Gruppe „hoch“. Dies deckt sich mit der vorhandenen Fachliteratur (Morahan-Martin & Schumacher, 2000; Young, 2004), in der eine erhöhte Dauer der Nutzung mit pathologischem Gebrauch in Zusammenhang gebracht wird. Unterschiede lassen sich auch hinsichtlich der Nutzung einzelner Online-Dienste erkennen. Personen, die die Dienste durchschnittlich länger als eine Stunde pro Tag nutzen, sind vermehrt in der ISS-Gruppe „hoch“ zu finden, während Personen, die angeben bestimmte Dienste gar nicht zu nutzen, in der ISS-Gruppe „niedrig“ vertreten sind. Auffällig ist, dass keine signifikanten Unterschiede bei den häufig genutzten Diensten wie beispielsweise E-Mails versenden und empfangen, einfach so im Internet surfen oder zielgerichtet Angebote suchen zu finden sind. Die Unterschiede scheinen sich eher auf allgemein weniger genutzte Online-Angebote zu beziehen. Eine Ausnahme stellt hier die Nutzung von Facebook und Youtube dar. Whang und seinen Kollegen (2003) konnten unter den Personen ohne pathologischen Gebrauch häufigere Nutzung von E-Mail, Chat und Informationssuche erkennen, während Personen mit pathologischem Gebrauch häufig Online Spiele, Online Communities und Onlineshopping nutzen.

8.3 Beschwerden

20,2% der Teilnehmer berichteten zum Zeitpunkt der Erhebung von Beschwerden. Männer und Frauen sind dabei ungefähr gleich häufig belastet. Am häufigsten waren diese Beschwerden aus dem Bereich *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Depression* zu verzeichnen. Es konnten keine Geschlechtsunterschiede im Ausmaß der Belastung festgestellt werden. Altersunterschiede konnten nur in den Subskalen *Somatisierung* und *Depression* gefunden werden. Dabei gaben über 30-Jährige seltener an belastet zu sein als Teilnehmer aus den beiden jüngeren Altersgruppen.

In Zusammenhang mit pathologischem Internetgebrauch geben Personen aus der ISS-Gruppe „hoch“ häufiger an belastet zu sein. Dies trifft – mit Ausnahme der Skala *Somatisierung* – auch auf die neun Subskalen des Brief Symptom Inventory zu. Betrachtet man die Skala *Zwanghaftigkeit*, so berichten 59% der Personen aus der ISS-Gruppe „hoch“ von Beschwerden in diesem Bereich. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da pathologischer Internetgebrauch mit zwanghaftem Verhalten in Verbindung gebracht wird (Shaffer et al., 2000). Mehrfach wurden psychiatrische Komorbiditäten erwähnt (Kraut et al., 2002; Chou et al., 2005; Yen, Ko, Yen, Wu & Yang, 2007; Tosun un & Lajunen, 2009), wodurch auch die vorliegenden Zusammenhänge mit anderen Subskalen des BSI wie beispielsweise *Depressivität* erklärt werden können. Erhöhter Internetgebrauch scheint Einfluss auf das Ausmaß der empfundenen Belastung zu haben. Die Auswirkungen von pathologischem Internetgebrauch auf das psychische Wohlbefinden waren bereits Gegenstand zahlreicher Untersuchungen (Campell, Cumming & Hughes, 2006). Auch Whang und seine Kollegen (2003) beschäftigten sich mit diesem Thema. Sie konnten feststellen, dass Personen mit pathologischem Internetgebrauch von Beschwerden und Stress berichteten. Die Autoren nehmen an, dass dieser auch Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden hat. Die erwähnten Ergebnisse konnten in der vorliegenden Studie bestätigt werden.

8.4 Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen

Im Zuge der Untersuchung wurden neue Items speziell zur Erfassung der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen erstellt. Es resultierten 4 Subskalen, mithilfe derer die Haltung der einzelnen Personen beschrieben werden kann. Hohe Werte stehen in diesem Zusammenhang für hohe Zustimmung zu den einzelnen Items. Die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen scheint durch unterschiedlichen Internetgebrauch beeinflusst zu werden. Zusammenhänge konnten zwischen den Skalen *positive Einstellung*, *Anonymität* und *Neue Medien* gefunden werden. Anonymität spielt für Personen, die viel Zeit im Internet verbringen eine wichtige Rolle (Caplan, 2002). Dies ist ein wesentlicher Faktor, der das Internet kennzeichnet und auch einen grundlegenden Unterschied zwischen internetbasierten Interventionen und der klassischen face-to-face Therapie darstellt. Der Zusammenhang zwischen Anonymität und pathologischem Internetgebrauch ist allerdings nur sehr gering, was dafür spricht, dass Anonymität nur unwesentlich zur Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen in Zusammenhang mit pathologischem Internetgebrauch beiträgt. Auffälliger sind hierbei die Differenzen in Bezug auf die beiden anderen Skalen. Personen, die hohe Werte in der Internetsuchtskala erreichen, geben auch hohe Werte in den Skalen *Positive Einstellung* und *Neue Medien* an. Pathologischer Internetgebrauch wurde des Öfteren mit erhöhter Internetnutzung in Zusammenhang gebracht. Personen, die in der ISS hohe Werte erreichen, verbringen viel Zeit im Internet, wodurch sich die Ergebnisse in Bezug auf Neue Medien erklären ließen. Hohe Werte in dieser Skala bedeuten eine hohe Akzeptanz Neuer Medien wie Internet und PC. Die häufige Nutzung des Internets könnte auch die generelle Einstellung beeinflussen. Hohe Werte in der Skala *positive Einstellung* sprechen für Aufgeschlossenheit gegenüber internetbasierten Interventionen. Aufgrund der Tatsache, dass die Betroffenen viel Zeit im Internet verbringen, könnte ihre Einstellung gegenüber Online-Angeboten, zu denen auch Interventionen zählen, positiv beeinflusst werden. Diese Personen haben Routine im Umgang mit dem Internet und seinen vielfältigen Angeboten. Diese Routine könnte die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen beeinflussen, was Vorteile in der Durchführung von diesen Interventionen mit sich bringen könnte. Denn in vielen Online-Interventionen werden hohe Drop-out Raten verzeichnet (Richardson & Stallard, 2010). Eine positive Einstellung gegenüber internetbasierten Interventionen könnte diesen womöglich entgegenwirken. Je motivierter eine Person ist, umso eher ist sie bereit Mühe und Anstrengung auf sich zu nehmen (Krause, 1967). Analog dazu könnte festgestellt werden, je positi-

ver die Einstellung einer Person zur Behandlung, umso mehr ist sie bereit in eine Behandlung zu investieren. Andererseits spielt auch der Leidensdruck eine wichtige Rolle in Bezug auf die Behandlungsmotivation (Schneider & Klauer, 2001).

In der vorliegenden Studie konnten Zusammenhänge zwischen Belastung und Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen gefunden werden. Diese wird durch das Ausmaß der empfundenen Belastung beeinflusst. Dies trifft sowohl auf die Gesamtbelastung als auch auf einige der Subskalen zu. Bezüglich der Gesamtbelastung konnten Zusammenhänge zwischen den Skalen *positive Einstellung* und auch *Anonymität* gefunden werden. In den durchgeführten Chi-Quadrat-Tests konnte festgestellt werden, dass Personen, die angegeben haben belastet zu sein, sich von nicht belasteten Personen unterscheiden. Belastete Personen erreichen höhere Werte in den beiden erwähnten Skalen. Anscheinend spielt die Art und Symptomatik der Beschwerden eine Rolle bezüglich der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen. *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Aggressivität* und *Psychotizismus* konnten mit *positiver Einstellung* in Verbindung gebracht werden. In Bezug auf *Anonymität* konnten in den Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Psychotizismus* Unterschiede gefunden werden.

Zwanghaftigkeit umfasst ungewollte Gedanken, Impulse und Handlungen. Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühle sind in der Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* zu finden (Franke, 2000). *Psychotizismus* lässt sich beschreiben durch Gefühle der Entfremdung bis hin zu Halluzinationen. *Aggressivität* reicht von Reizbarkeit bis hin zu feindseligen Aspekten. Die signifikanten Ergebnisse in der Skala *positive Einstellung* könnten daher rühren, dass diese Beschwerden den Betroffenen stark beeinträchtigen und auch den Alltag beeinflussen. Womöglich versprechen die Personen sich durch internetbasierte Interventionen rasche und unkomplizierte Hilfe bei ihren Beschwerden. Im Hinblick auf *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Psychotizismus* können auch im Bereich *Anonymität* signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Bedenkt man die Symptome, die sich aufgrund dieser Beschwerden ergeben, ist leicht nachvollziehbar, dass Anonymität für die Betroffenen eine wichtige Rolle spielt. Anonymität erleichtert es Personen generell sich zu öffnen (Cook & Doyle, 2002). Unsicheren Personen ist Anonymität womöglich noch wichtiger als Personen, die auf dieser Skala keine erhöhten Werte erreichen. Isolation und Entfremdung sind Charakteristika von Personen, die auf der Skala *Psychotizismus* auffallen. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob internetba-

sierte anonyme Behandlung sinnvoll ist. Vielmehr wäre es hilfreich für die Betroffenen Hilfe in Form einer herkömmlichen Behandlung zu erlangen. Da hier teilweise auch medikamentöse Behandlung angebracht ist, ist eine Behandlung im Sinne einer face-to-face Behandlung in den meisten Fällen wahrscheinlich unumgänglich. *Somatisierung* beschreibt psychische Beschwerden, die körperlichen Ausdruck finden. Personen leiden unter Schmerzen und Unwohlsein (Franke, 2000). Der signifikante Zusammenhang mit *Neuen Medien* ließe sich womöglich dadurch erklären, dass diese den Alltag erheblich erleichtern können. Kontakt zur Außenwelt, finanzielles und auch Einkäufe können mittlerweile mithilfe von Computer und Internet einfach erledigt werden ohne das Haus verlassen zu müssen, wenn sie sich gerade nicht wohl fühlen.

Die vorliegenden Ergebnisse bezüglich dem Zusammenhang zwischen Internetnutzung und Beschwerden als auch der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen werden durch die Untersuchung von Barbara Wograndl (2011) bestärkt. Eine Two-Step-Clusteranalyse unter Einbezug der stetigen Variablen der ISS, des BSI und der vier Faktoren, welche die Haltung in Bezug auf Online-Interventionen darstellen, ergab eine Lösung mit zwei Clustern. Im ersten Cluster befinden sich Personen, welche geringere Werte in der Internetsuchtskala haben, und eine niedrigere subjektiv eingeschätzte symptomatische Belastung aufweisen. Außerdem erreichen diese Personen niedrigere Werte bei den Faktoren Einstellung, Anonymität, Wissen hinsichtlich Online-Interventionen und Neue Medien. Cluster 2 umfasst Personen, welche höhere Werte bezüglich Internetsucht zeigen, eine stärkere Belastung angeben und bei den vier Faktoren der Haltung in Bezug auf Online-Interventionen höhere Werte aufweisen. Zudem sind Personen in Cluster 1 signifikant älter als Personen in Cluster 2. Letztere wiederum verbringen mehr Zeit für private Zwecke im Internet. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung (siehe Kapitel 8.1 und 8.2).

In den durchgeführten Regressionsanalysen ergibt sich nur ein geringer Einfluss von soziodemographischen Variablen auf die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen. Die Internetnutzung erhöht die erklärte Varianz nur geringfügig. Ausbildung, Alter und Geschlecht scheinen einen kleinen Beitrag zu leisten. Dieser reicht allerdings nicht für die Erklärung aus. Es scheinen andere Variablen für das Ausmaß der Haltung gegenüber internetbasierten Variablen verantwortlich zu sein. Größere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der privaten Internetnutzung zu. Diese Ergebnisse stimmen mit jenen von Barbara Wograndl (2011) überein. Sie konnte mittels Diskrimi-

nanzanalyse signifikanten Erklärungswert der Variablen von Alter und private Internetnutzung nachweisen. Dass die Vertrautheit mit dem Medium Internet einen Beitrag zur Einstellung gegenüber Online-Anwendungen liefert, wurde bereits des Öfteren erwähnt. In der vorliegenden Stichprobe gab es nur wenige Personen, die das Internet nicht nutzen. Durch seine weite Verbreitung sind viele Personen, unabhängig von deren Geschlecht, Alter, Beruf, Ausbildung oder sonstiger Merkmale ständig mit dem Internet konfrontiert. Es gibt zwar noch einige Unterschiede, doch nähern sowohl die Geschlechter als auch die Generationen sich immer mehr an. Die Einstellung gegenüber internetbasierten Interventionen hängt womöglich mit der Haltung gegenüber psychologischen Interventionen im Allgemeinen zusammen. Ein Vergleich der Einstellung zu einer herkömmlichen face-to-face Behandlung mit der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen könnte Aufschluss bringen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind vielversprechend für die Praxis und bestätigen teilweise bisherige Befunde aus empirischen Studien. Nichtsdestotrotz sollten sie vorsichtig interpretiert werden. Mängel der Studie und Lösungsvorschläge für künftige Forschung in diesem Bereich werden im anschließenden Kapitel behandelt.

9 KRITIK UND AUSBLICK

In diesem Kapitel soll die Untersuchung zum Abschluss kritisch betrachtet werden. Schwächen werden betrachtet und Vorschläge für künftige Erhebungen werden gemacht. Zudem werden interessante Fragestellungen für zukünftige Forschung angeführt. Zu Beginn werden methodische Mängel in der Datenerhebung kritisiert. Anschließend werden inhaltlich Überlegungen erläutert.

Der Online-Fragebogen war so programmiert, dass eine Antwort nicht zwingend gegeben werden musste. Dahinter stand die Überlegung, die Reaktanz der Teilnehmer durch Fehlermeldungen und die Aufforderung alle Fragen zu beantworten zu reduzieren. In den vorhandenen Datensätzen befinden sich allerdings sehr viele unvollständige Datensätze, die nicht zur Auswertung herangezogen werden konnten. Vor allem im Bereich Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen, der sich am Ende des Fragebogens befindet, fehlen viele Daten. Da allerdings genau das den interessierenden Bereich in der vorliegenden Studie darstellt, mussten diese Datensätze aus der Analyse ausgeschlossen werden. Ein möglicher Grund für die fehlenden Antworten zum Ende des Fragebogens könnte die Länge des Fragebogens darstellen. Trotz der Bemühung den Fragebogen möglichst kurz zu halten, war er mit einer Dauer von rund 30 Minuten sehr lang. Da viele unterschiedliche Bereiche erhoben werden sollten, war es nicht möglich ihn kürzer zu halten. Die Länge ist sicher auch für die hohe Drop-out Quote verantwortlich. Rückmeldungen in Foren geben darüber Aufschluss. Weiters wäre es sinnvoll gewesen bei den Fragen zu soziodemographischen Angaben offene Antworten zuzulassen. Die Gruppe „sonstiges“ im Bereich „Tätigkeit“ erscheint mit 6% einer genaueren Betrachtung wert.

Eine Antwortmöglichkeit bei der Frage nach der höchsten abgeschlossene Ausbildung, die in der Vorstudie noch enthalten war, wurde aufgrund eines Programmierfehlers nicht in die Hauptstudie übernommen. Das könnte möglicherweise Verzerrungen im Bereich der Ausbildung verursacht haben. Personen mit Fachschul- oder Fachoberschulabschluss mussten eine andere Antwortmöglichkeit wählen oder diese Frage unbeantwortet lassen. Da nur zwei Personen keine Angabe zu ihrer Ausbildung machten,

kann aber davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen wahrscheinlich eine andere Antwortmöglichkeit wählten oder in dieser Stichprobe nicht vertreten sind.

Die Teilnehmer der Studie stammen zum überwiegenden Teil aus Österreich. Es ist nicht gelungen den gesamten deutschsprachigen Raum mit der Befragung zu erreichen. Allerdings konnten auch Personen aus anderen Kontinenten für die Teilnahme gewonnen werden. Eine verstärkte Bewerbung der Umfrage in Deutschland und der Schweiz hätte womöglich zu mehr Teilnehmern aus diesen Ländern geführt. Darauf sollte bei zukünftigen Untersuchungen eingegangen werden.

Es konnten in der vorliegenden Studie nur wenige Personen mit pathologischem Internetgebrauch rekrutiert werden, wodurch ein Vergleich von Personen mit und ohne pathologische Nutzung nicht möglich war. Lediglich neun Personen unter allen 387 Teilnehmern konnten als Personen mit pathologischem Internetgebrauch identifiziert werden. Weitere zehn Personen gelten als gefährdet einen solchen zu entwickeln. Die Prävalenzrate im Bereich des pathologischen Internetgebrauchs ist zwar niedrig, allerdings liegt diese Rate in der vorliegenden Studie noch weit unter dem Durchschnitt.

Zudem sollten die Ergebnisse der Internetsuchtskala mit Vorsicht interpretiert werden. Betrachtet man die einzelnen Items näher (Tabelle A1), so erkennt man, dass nicht nur das Item „Ich gebe mehr Geld für das Internet aus, als ich mir eigentlich leisten kann“ nicht mehr zeitgemäß ist. Die Internetsuchtskala wurde vor rund einem Jahrzehnt entwickelt. Zu diesem Zeitpunkt erlebte das Internet einen regelrechten Boom im deutschsprachigen Raum. Mittlerweile wachsen Kinder allerdings mit dem Internet auf. Sie verwenden es nicht nur privat, sondern auch in der Schule. Deshalb können einige Items, wie beispielsweise „Mittlerweile verbringe ich mehr Zeit im Internet als zu Beginn meiner Online-Aktivitäten“ oder „Die Zeit, die ich im Internet verbringe, hat sich im Vergleich zur Anfangszeit ständig erhöht.“ verzerrten Ergebnissen führen. Da Kinder bereits mit dem Internet auswachsen, sind diese Aussagen nicht mehr wirklich zutreffend.

Es ist leider nicht gelungen Items zur Erfassung von Therapiemotivation in Zusammenhang mit internetbasierten Interventionen zu erstellen. Vielmehr wird mit den neu erstellten Items die generelle Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen erhoben. Die Konstrukte, die hinter den Items stehen, scheinen zu sehr ineinander zu greifen. Daher war es nicht möglich sie klar voneinander abzugrenzen. Möglicherweise

könnte dies durch eine neuerliche Literaturanalyse und anschließende Erhebungen gelingen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen konnten jedoch erste Ergebnisse gefunden werden, die auf einen Zusammenhang von Internetnutzung und Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen hinweisen. Annahmen, dass Beschwerden und das Ausmaß der Nutzung diese Haltung beeinflussen, konnten ebenfalls bestätigt werden. Hohe Werte in den beiden Variablen stehen in Verbindung mit hohen Werten in den Skalen positive Einstellung, Anonymität und Neue Medien.

Es ist notwendig, die neuen Variablen zur Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen weiteren Untersuchungen zu unterziehen um diese vorliegenden Ergebnisse eingehender überprüfen zu können und Rückschlüsse zu ziehen. Internetbasierte Intervention wird in vielen Ländern noch skeptisch betrachtet (Reger & Gahm, 2009). Der Bereich stellt allerdings ein breites Forschungsgebiet dar, das noch weiter untersucht und analysiert werden muss um das Potential dieser Angebote klarer darstellen und auch nutzen zu können. Vergleiche zur Einstellung gegenüber herkömmlichen Behandlungen sind in diesem Zusammenhang von Interesse. Ein Fokus sollte dabei auf die Unterschiede zwischen den Behandlungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Anonymität, Flexibilität und Unabhängigkeit, aber auch finanzielle Aspekte gelegt werden. Die Zusammenhänge mit unterschiedlichen Beschwerden und mit dem Ausmaß von pathologischem Internetgebrauch sollten im Rahmen weiterer Untersuchungen betrachtet werden. Da die Einstellung in der vorliegenden Studie unter anderem mit der Internetnutzung zusammenhängt und diese wiederum immer stärker zunimmt, ist es wichtig die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen weiter zu betrachten und womöglich Veränderungen festzuhalten. Eine positive Haltung gegenüber jeglicher Form von Intervention und Therapie ist ausschlaggebend für deren positive Beendigung.

10 ZUSAMMENFASSUNG

Das Internet ist mittlerweile ein fixer Bestandteil des Alltags (Bai, Lin & Chen, 2001; Whang, Lee & Chang, 2003). Es bietet viele Möglichkeiten und erleichtert nicht nur Kommunikation und Datentransfer, sondern auch beispielsweise Bankwege und Einkäufe (Petersen et al., 2009). Doch neben all den positiven Aspekten, die die Internetnutzung mit sich bringt, sind auch einige negative Konsequenzen zu erkennen (Beard & Wolf, 2001; Whang et al., 2003). Besonders die Auswirkungen von pathologischem Internetgebrauch auf berufliche, soziale und psychische Bereiche scheinen einer näheren Betrachtung wert. Pathologischer Internetgebrauch steht häufig in Verbindung mit erhöhter Internetnutzung (Morahan-Martin & Schumacher, 2000; Young, 2004). Die Betroffenen verbringen viel Zeit online und sind oftmals nicht in der Lage dies zu kontrollieren (Kheirkhah et al., 2010). Ob pathologischer Internetgebrauch nun Ausdruck einer psychischen Störung oder vielmehr eine Folge einer anderen psychischen Erkrankung ist (Shaffer et al., 2010), sei dahin gestellt und wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert. Fakt ist, dass betroffene Personen unter den Folgen leiden und professionelle Hilfe brauchen. Es wurde bereits eine Reihe an Interventionsstrategien und Therapien entwickelt. Anfangs wurde die Lösung in vollkommener Abstinenz gesehen (Young, 1999), was in der heutigen Gesellschaft aber kaum mehr vorstellbar ist, weil das Internet zum täglichen Leben gehört. Nach und nach wurde eine Reihe an Interventionen entwickelt, die einen normalen Konsum anstreben (Schuhler et al., 2009; Gao et al., 2009). Eine relativ neue Form von Behandlung stellen Online-Interventionen dar. Diese werden in vielen Ländern bereits erfolgreich eingesetzt. In Österreich ist eine Therapie via Internet noch nicht zulässig, da diese gegen grundlegende Prinzipien verstoßen würde. Die Möglichkeiten werden im Psychotherapiegesetz geregelt (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Aufgrund ihrer leichten Zugänglichkeit (Laszlo et al., 1999; Bauer & Kordy, 2008), zeitlicher und örtlicher Flexibilität in der Anwendung (Bauer et al., 2005), aber auch aufgrund des Vorteils der Anonymität im Netz (Manhal-Baugus, 2001; Kersting et al., 2009) stellen internetbasierte Interventionen eine angenehme Form der Behandlung dar, deren Effektivität bereits eingehend untersucht wurde (Ott, 2003; Andersson, 2009). Allerdings sind Online-Interventionen nicht für jede Form psychischer Erkrankung geeignet (Griffiths, 2005). Positive Ergebnisse konnten im Bereich

von Depression und Angststörungen gefunden werden (Titov et al., 2010). Ausschlaggebend für den Erfolg einer Behandlung ist vor allem die Einstellung der betroffenen Person. Eine therapeutische Behandlung erfordert aktives Mitwirken, das durch hinreichende Motivation gefördert werden kann (Krause, 1967). Motivation stellt eine wichtige Komponente für den Verlauf einer Behandlung und letztendlich für deren Erfolg dar (Nübling et al., 2006).

Ziel der vorliegenden Arbeit war einerseits die Erfassung der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen sowie die Beschreibung von Personen, die diesen positiven gegenüber stehen. Unterschiede zwischen Personen, die viel Zeit im Internet verbringen und jenen, die es weniger nutzen sollten vor allem im Zusammenhang mit pathologischem Internetgebrauch untersucht werden. Zusätzlich sollte überprüft werden, ob aktuell empfundene Beschwerden, die Leidensdruck zur Folge haben können, die Haltung beeinflussen.

Über einen Zeitraum von rund drei Monaten wurde im Frühjahr 2011 eine Online-Untersuchung durchgeführt. Dabei wurden demographische Variablen sowie die Internetnutzung erhoben. Weiters wurde die Internetsuchtskala nach Hahn und Jerusalem (2001) zur Erhebung von pathologischem Internetgebrauch vorgegeben. Aktuell empfundene Beschwerden wurden mittels Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) erfasst. Mithilfe speziell erstellten Variablen, die einer Faktorenanalyse unterzogen wurden, konnte die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen erhoben werden. Im Befragungszeitraum konnten rund 1000 Teilnehmer rekrutiert werden. Aufgrund einer Dropoutrate von rund 63% konnten nur 387 Datensätze zur Analyse herangezogen werden. Es kann aufgrund der Auswahl der Daten allerdings davon ausgegangen werden, dass nur valide Daten in die Auswertung eingeflossen sind. In der resultierenden Stichprobe befinden sich 267 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren und 119 Männern, die durchschnittlich 31 Jahre alt waren. Der überwiegende Teil der Befragten stammt aus Österreich (71,3%). Der Bildungsgrad in der vorliegenden Stichprobe kann als relativ hoch gewertet werden. 48,1% der Teilnehmer gaben mindestens Matura als höchste abgeschlossene Ausbildung an. Weitere 33,6% waren Akademiker. 46% der Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung selbstständig oder unselbstständig erwerbstätig und 38,2% befanden sich noch in Ausbildung. Beinahe alle Teilnehmer der Studie gaben an, das Internet zu nutzen. Die Dauer variiert von 15 Minuten bis zu 15 Stunden täglich. Zu den meist genutzten Online-Diensten zählen einfach so

im Internet surfen, Suchmaschinen nutzen sowie E-Mails senden und empfangen. Selten genutzte Angebote sind Kontakt-/Partnerbörsen, zeitversetztes Audio oder Radio hören, live Fernsehen und RSS- und News-Feeds. Es konnten Geschlechts- und Altersunterschiede bezüglich der Nutzung einzelner Dienste gefunden werden. Männer und jüngere Personen nutzen einzelne Dienste länger.

In Bezug auf die Internetsuchtskala wurde eine alternative Aufteilung anhand von Perzentilen vorgenommen wurde. Personen, deren Ergebnisse zu den unteren sowie zu den oberen 10% gezählt werden konnten, wurden jeweils einer Gruppe zugeteilt. Diese wurden analog der erreichten Werte „ISS-niedrig“, „ISS-mittel“ und „ISS-hoch“ genannt. Der Gruppe „ISS-hoch“ gehörten mehr Männer an, während in der Gruppe „ISS-niedrig“ mehr Frauen vertreten waren. Zudem waren Personen aus der Gruppe „ISS-hoch“ eher jünger. Auch das Ausmaß der Internetnutzung konnte in Verbindung mit der Zuordnung zu den ISS-Gruppen gebracht werden. Je länger das Internet für private Zwecke genutzt wurde, umso eher war die Person in der Gruppe „ISS-hoch“ zu finden. Auch in Bezug auf die einzelnen Online-Dienste konnte nachgewiesen werden, dass Personen aus dieser Gruppe die Angebote länger nutzen.

Die Teilnehmer wurden nach aktuell empfundener Belastung befragt. 20,2% der Teilnehmer gaben dabei an zum Zeitpunkt der Befragung belastet zu sein. Am häufigsten wurden dabei Beschwerden aus den Bereichen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Depression genannt. Männer und Frauen litten ungefähr gleich häufig unter Beschwerden. Auf globaler Ebene erleben Personen, die höhere Werte in der Internetsuchtskala erreichen, mehr Belastung als Personen mit niedrigen Werten. Dieses Ergebnis ist auch auf den Subskalen wieder zu finden. Eine Ausnahme stellt die Skala Somatisierung dar.

Die Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen setzt sich aus den vier Skalen positive Einstellung, Anonymität, Wissen und Neue Medien zusammen. Personen, die der Gruppe „ISS-hoch“ angehören, erreichen hohe Werte in den Skalen positive Einstellung und Neue Medien. Sie stehen einer Online-Intervention positiver gegenüber als Personen aus der Gruppe „ISS-niedrig“. Geringe Zusammenhänge konnten auch bezüglich der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen in den Skalen positive Einstellung, Anonymität sowie Neue Medien und Belastung gefunden werden. Demographische Variablen scheinen die Einstellung nicht zu beeinflussen.

Wie sich im Zuge der Hypothesenprüfung gezeigt hat, nehmen sowohl die Internetnutzung als auch Beschwerden Einfluss auf die Einstellung in Bezug auf Online-Interventionen. Diese sind eine ernstzunehmende Alternative zu face-to-face Behandlungen anzusehen, die sich immer mehr verbreitet. Da Hilfesuchender und Professionist sich hier allerdings nur virtuell begegnen, spielt Motivation eine besondere Rolle. Eine positive Einstellung gegenüber dieser neuen Interventionsform kann womöglich zu einem erfolgreichen Abschluss beitragen. Auch das anonyme Agieren empfinden viele Personen als angenehm. Online-Behandlungen stellen einen wachsenden Bereich in Bezug auf Interventionen dar. Ihr Potential ist noch lange nicht ausgeschöpft. Doch dazu braucht es weiterer eingehender Forschung um die Angebote optimal auf die einzelnen Personen abstimmen zu können und eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten.

11 ABSTRACTS

Zielsetzung: Dass Internnutzung nicht nur positive Auswirkungen hat, ist spätestens seit der erstmaligen Beschreibung von pathologischem Internetgebrauch durch Kimberley Young (1996) bekannt. Soziale, psychische und berufliche Konsequenzen können die Folge sein. Mit der Verbreitung des Internets entstanden zunehmend mehr Online-Angebote, darunter auch Online-Interventionen. Diese stellen eine Alternative zu herkömmlichen face-to-face Behandlung dar. Das Hauptaugenmerk der Untersuchung galt der Einstellung von Internetnutzern gegenüber Online-Interventionen und der Frage, ob diese durch das Ausmaß der Internetnutzung oder eventuell vorhandene Beschwerden beeinflusst wird.

Methode: In einer Online-Studie konnten 387 Teilnehmer rekrutiert werden. Dabei wurden die folgenden Inventare vorgegeben: Internetsuchtskala (Hahn & Jerusalem, 2001), Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) sowie ein eigens konstruierter Fragebogen zu Erfassung der Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen mit den Subkalen „positive Einstellung“, „Anonymität“, „Wissen“ und „Neue Medien“.

Ergebnisse: Personen, die höhere Werte in der Internetsuchtskala erreichen, stehen internetbasierten Interventionen offener gegenüber () und berichten gleichzeitig häufiger über Beschwerden. Das Ausmaß der Beschwerden sowie der privaten Internetnutzung hat ebenfalls Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber Online-Interventionen. Demographische Variablen hingegen beeinflussen diese nicht.

Konklusion: Personen, die das Internet häufig nutzen und dadurch womöglich negative Konsequenzen erfahren, als auch Internetnutzer, die unter Beschwerden leiden, stehen einer Online-Behandlung offener gegenüber als jene, die das Internet weniger nutzen. Eine positive Einstellung gegenüber jeglicher Therapieform beeinflusst den Therapieerfolg maßgeblich.

Schlagwörter: problematischer Internetgebrauch, Beschwerden, Online-Intervention, Einstellung

Objectives: There has been a lot of concern about pathological internetuse and its consequences since Kimberly Young (1996) mentioned it for the first time. With the prevalence of the internet new forms interventions arise. Online-interventions are accepted as an alternative to convential face-to-face interventions. The aim of the current study was to describe people's attitude towards online-interventions and if internetuse and problems are affecting it.

Methods: 87 internet users participated in an online-survey, which included the „Internetsuchtskala“ (Hahn & Jerusalem, 2001), the „Brief Symptom Inventory“ (Franke, 2000) and a new developed inventory called „Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen“ with its subscales „positive attitude“, „anonymity“, „knowledge“ und „new media“.

Results: Users with higher scores on the „Internetsuchtskala“ scored higher in „Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen“. Problems und internet are affecting the attitude towards online-interventions. Demographical characteristics showed no influence.

Conclusion: Internet users who spend a lot of time online, who experience negative consequences and those with problems, show a positive attitude towards Online-interventions. The outcome of every therapy depends on a positive attitude.

Keywords: pathological internetuse, problems, online-intervention, attitude

Literaturverzeichnis

- Aboujaoude, E. (2010). Problematic internet use: an overview. *World Psychiatry*, 9(2), 85–90.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2009). Therapist factors in internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depression disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 38(4), 247–254.
- Alleman, J.R. (2002). Online counselling: the internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory/Research/Practices/Training*, 39(2), 199–209.
- Allison, S.E., von Wahlde L., Shockley, T. & Gabbard, G.O., (2006). The development of the self in the era of internet and role-playing fantasy games. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 381–385.
- American Psychiatric Association (2010). DSM V. Proposed Revisions. Substance Use and Addictive Disorders. Retrieved September 10, 2011 from <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/SubstanceUseandAddictiveDisorders.aspx>.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour and Research Therapy*, 47(3), 175–180.
- 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.
- ARD/ZDF-Arbeitsgruppe Multimedia (1999). ARD/ZDF-Online-Studie 1999: Wie wird Online Alltagsmedium. Retrieved February 8, 2011, from http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online99/Online99_Nutzung.pdf.
- Bai, Y.M., Lin, C.C. & Chen, J.Y (2001). Internet addiction disorder among clients of a virtual clinic. *Psychiatric Services*, 52(10), 1397.
- Backhaus, K. (Hrsg.) (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Aufl.), Heidelberg: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (Hrsg.) (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (13.Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bakken, I.J., Wenzel, H.G., Götestam, K.G., Johansson, A. & Oren, A. (2009). Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 121–127.

- Barak, A. & Suler, J. (2008). Reflections on the psychology and social science of cyberspace. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of CYBERSPACE. Theory, research, applications* (pp. 1–12). New York: Cambridge University Press.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50(1), 7–15.
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 4–11). Heidelberg: Springer.
- Beard, K.W. (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 8 (1), 7–14.
- Beard, K.W. & Wolf, E.M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377–383.
- Black, D.W., Belsare, G. & Schlosser, S. (1999). Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour. *Journal of Clinical psychiatry*, 60(12), 839–843.
- Block, J.J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 306–307.
- Bloom, J.W. (1998). The ethical practice of webcounseling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 26(1), 53–59.
- Bradley, B.P. (1990). Behavioural addictions: common features and treatment implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1417–1419.
- Bühl, A. (2006). *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse* (10. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005). Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Retrieved March 28, 2011, from http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/internetrichtlinie_fo_rmatiert_fuer_homepage.pdf.
- Burger, C. & Marx, R. (2001). Psychotherapiemotivation, generalisierte Kompetenzerwartung und Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit von männlichen Alkoholikern klassifiziert nach der Typologie von Lesch. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24(2), 23–40.
- Busemann von, K. & Gscheidle, C. (2010). Web 2.0: Nutzung steigt – Interesse an aktiver Teilhabe sinkt. *Media Perspektiven*, 7-8, 359–368.
- Campell, A.J., Cumming, S.R. & Hughes, I. (2006). Internet use by the socially fearful: addiction or therapy? *CyberPsychology & Behavior*, 9(1), 69–81.

- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waare, J., Kollenstam, C. Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L. & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1321–1333.
- 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.
- Caplan, S. (2002). Problematic internet use and psychological well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553–575.
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 221–238.
- Caspar, F. (2008). Geleitwort. In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. V–VI). Heidelberg: Springer.
- Cavanagh, K. & Shapiro, D.A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 239–251.
- Chanson, S.T. (1998). Internet: History, impact, enabling technologies and potential problems. Retrieved October 12, 2010, from <http://repository.ust.hk/dspace/bitstream/1783.1/1861/1/InternetHistory.pdf>.
- Childress, C. (1998). Potential risks and benefits of online psychotherapeutic interventions. Retrieved March 28, 2011, from http://www.ismho.org/potential_risks_and_benefits.asp.
- Chou, C., Condon, L. & Belland, J.C. (2005). A review of the research on internet addiction. *Educational Psychology Review*, 17(4), 363–388.
- Chou, C. & Hsiao, M.C. (2000). Internet addiction, usage, gratifications, and pleasure experience – the Taiwan college students' case. *Computer Education*, 35(1), 65–80.
- Christakis, D.A. (2010). Internet addiction: a 21st century epidemic? *BMC Medicine*, 8(61). Retrieved February 8, 2011, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-61.pdf>.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95–105.
- Döring, N. (2003a). Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Döring, N. (2003b). Computervermittelte Kommunikation als therapeutisches Medium. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 117–127). Göttingen: Hogrefe.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M, Staak, van der C.P.F. (2004). Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115–1137.
- Edelman, R.E. & Chambless, D.L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 573–577.
- Eichenberg, C. (2003). Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 173–189). Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2009). Der E-Patient. Chancen und Risiken des Internets in Medizin und Psychotherapie. *Patientenautonomie*, 10(4), e1–e7.
- Eichenberg, C. & Laszig, P. (2003). Paarberatung und –therapie im Internet. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 148–172). Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2003). Informationen über psychische Störungen im Internet: Überblick und Qualitätssicherung. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 21–46). Göttingen: Hogrefe.
- Eidenbenz, F. (2009). Standards in der Online-Beratung. In: S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung* (S. 213–227). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eimeren von, B. & Frees, B. (2009). Der Internetnutzer 2009 – multimedial und total vernetzt? *Media Perspektiven*, 7, 334–348.
- Eimeren von, B. & Frees, B. (2010). Fast 50 Millionen Deutsche online – Multimedia für alle? *Media Perspektiven*, 7-8, 334–349.
- Ellerman, E. (2007). The internet in context. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.11–33). Burlington: Elsevier Academic Press.
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP (2006). Qualitätskriterien für Psychologische Angebote im Internet. Retrieved March 28, 2011, from

- http://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/berufspolitik/d-qual-krit-inet-06.pdf.
- Franke, G.H. (2000). Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL - 90 - R. Manual. München: Beltz-Test.
- Funke, J., Stumpf, M., Weichselgartner, E. & Wilkening, F. (2003). Qualitätssicherung im Bereich neuer Medien durch Einführung von Qualitätskriterien. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 99–113). Göttingen: Hogrefe.
- Gackebach, J. & Stackelberg, von H., (2007). Self online: personality and demographic implications. In J. Gackebach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.55–73). Burlington: Elsevier Academic Press.
- Gao, W., Zhang, F. & Chen, Z. (2009). Psychopathological mechanism and compensation psychotherapy of internet addiction. *1st IEEE Symposium on Web Society*, August 16-17, (pp. 172–176), Beijing: University of Chinese Academy of Science.
- Geisheim, C., Hahlweg, K. Fiegenbau, W. Frank, M. Schröder, B. & Witzleben, v. I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychologie. *Diagnostica*, 48(1), 28–36.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A. Powell, J., Lowe, P. & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2): e10.
- Griffiths, M.D. (2005). Online therapy for addictive behaviors. *CyberPsychology & Behavior*, 8(6), 555–561.
- Grohol (1999). Definition and scope of e-therapy. Retrieved March 23, 2011, from <http://psychcentral.com/best/best3.htm>.
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In A. Theobald, M. Dreyer & T. Starsetzki (Hrsg.). *Handbuch zur Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis* (S. 161–186). Wiesbaden: Gabler.
- Hafen, K, Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept der Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention und Rehabilitation*, 12(1), 1–10.
- Haythornthwaite, C. & Nielson, A.L. (2007). Revisiting computer-mediated communication for work, community, and learning. In J. Gackebach (Ed.), *Psychology and*

- the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.167–185). Burlington: Elsevier Academic Press.
- Heinlen, K.T., Reynolds Welfel, E., Richmond, E.N. & Rak, C.F. (2003). The scope of webcounseling: a survey of services and compliance with NBCC Standards for the Ethical Practice of webcounseling. *Journal of Counseling & Development*, 81(1), 61–69.
- Hintenberger, G. & Kühne, S. (2009). Veränderte mediale Lebenswelten und Implikationen für die Beratung. In: S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung* (S. 13–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Huang, C. (2009). Internet use and psychological well-being: a meta analysis. *CyberPsychology & Behavior*, 12(0), 1–9.
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R. & Finney, J.W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 157–162.
- Jandl-Jager, E., Strobl, K. & Czypionka, T. (2004). Psychotherapie im Internet: Österreich. *Psychotherapie Forum*, 12(3), 156–163.
- Jedlicka, D. & Jennings, G. (2001). Marital therapy on the internet. *Journal of Technology in Counseling*, 2(1), 1–15.
- Jerome, L.W., DeLeon, P.H., James, L.C., Folen, R., Earles, J. & Gedney, J.J. (2000). The coming age of telecommunications in psychological research and practice. *American Psychologist*, 55(4), 407–421.
- Jerome, L.W. & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 478–483.
- Jungbluth, N. & Shirk, S.R. (2009). Therapist strategies for building involvement in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(6), 1179–1184.
- Kandell, J.J. (1998). Internet addiction on campus: the vulnerability of college students. *CyberPsychology & Behavior*, 1(1), 11–17.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J.B., Fields, S., Crisp H. & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy. Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15–28.
- Kersting, A., Schlicht, S. & Kroker, K. (2009). Internettherapie. Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, 80, 797–804.

- Kheirkhah, F., Juibary, A. & Gouran, A. (2010). Internet addiction, prevalence and epidemiological features in Mazandaran Province, Northern Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 12(2), 133–137.
- King, S.A. & Moreggi, D. (2007). Internet self-help and support groups: the pros and cons of text-based mutual aid. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.221–244). Burlington: Elsevier Academic Press.
- Klampfer, F. (2009). Online-Supervision im Gruppenchat – Eine Herausforderung für Supervisor und Supervisanden. In: S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung* (S. 143–153). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.C., Chen, S.H. & Yen, C.F. (2005). Proposed diagnostic criteria of internet addiction for adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 728–733.
- Ko, C.H., Yen, J.Y., Chen, C.S., Chen, C.C. & Yen, C.F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college student: an interview study. *CNS Spectrum*, 13(2), 147–153.
- Koocher, G.P. & Morray, E. (2000). Regulation of telepsychology: A survey of state attorneys general. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 503–508.
- Köhler, D., Hinrichs, G. & Baving, L (2008). Therapiemotivation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(1), 24–32.
- Krause, M.S. (1967). Behavioral indexes of motivation for treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 14(5), 426–435.
- Kraut, R., Kiesler, S. Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V. & Crawford, A. (2002): Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58(1), 49–74.
- Lam, L.T. & Peng, Z.W. (2010). Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 901–906.
- Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Onlineberatung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48(3), 193-198.
- Laszlo, J.V., Esterman, G. & Zabko, S. (1999). Therapy over the internet? Theory, research, and finances. *CyberPsychology & Behavior*, 2(4), 293–307.
- Lehenbauer, M. & Stetina, B.U. (2009). Interaktive Programme und virtuelle Simulationen. In: S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung* (S. 155–165). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lingley-Pottie, P. & McGrath, P.J. (2007). Distance therapeutic alliance: The participant's experience. *Advances in Nursing Science*, 30(4), 353–366.
- Mallen, M.J. & Vogel, D.L. (2005). Introduction to the major contribution: counseling psychology and online counseling. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 761–775.
- Mallen, M.J., Vogel, D.L. & Rochlen, A.B. (2005). The practical aspects of online counselling: ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 776–818.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology*, 4(5), 551–563.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1389–1394.
- Meerkerk, G.J., Van Den Eijnden, R.J.J.M., Vermulst, A.A. & Garretsen, H.F.L. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 1–6.
- Meichenbaum & Turk (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. 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.
- Michalak, J. & Schulte, D. (2002). Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(3), 213–219.
- Mitchell, K.J., Sabina, C., Finkelhor, D. & Wells, M. (2009). Index of problematic online experiences: item characteristics and correlation with negative symptomatology. *CyberPsychology & Behavior*, 12(6), 707–711.
- Mitchell, D.L. & Murphy, L.M. (1998). Confronting the challenges of therapy online: a pilot project. Retrieved March 28, 2001, from http://pro.privacemail.com/Publications/Confronting_the_challenges.pdf.
- Morahan-Martin, J.M. (1999). The relationship between loneliness and internet use and abuse. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 431–439.
- Morahan-Martin, J. (2008). Internet abuse: emerging trends and lingering questions. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of CYBERSPACE. Theory, research, applications* (pp. 32–69). New York: Cambridge University Press.
- Morahan-Martin, J.M. & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16(1), 13–29.

- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theory. *Addictive Behavior*, 23(6), 717–734.
- Murphy, L.J. & Mitchell, D.L. (1998). When writing helps to heal: e-mail as therapy. Retrieved March 28, 2011, from <http://www.therapyonline.ca/files/When%20Writing%20Helps%20To%20Heal.pdf>.
- Newman, M.G. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 141–145.
- Nickel, C., Tritt, K., Kettler, C., Lahmann, C., Loew, T., Rother, W. & Nickel, M. (2005). Motivation for therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: a prospective study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 117(9-10), 359–363.
- Nickelson, D.W. (1998). Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 527–535.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U. & Wittmann, W. (2006). Fragenbogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) – Testkonstruktion und Gütekriterien. Retrieved January 31, 2010, from http://www.gfqg.de/assessment_fptm.htm.
- O’Brien, C.P. (2010). Commentary on Tao et al. (2010): internet addiction and DSM-V. *Addiction*, 105(3), 565.
- Orzack, M.H. & Orzack, D.S. (1999). Treatment of computer addicts with complex comorbid psychiatric disorders. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 465–473.
- Orack, M.H., Voluse, A.C., Wolf, D. & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behaviour. *CyberPsychology & Behavior*, 9(3), 348–360.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (2002). Das Internet und die klinische Psychologie. Schnittstellen zwischen einem neuen Medium und einem psychologischen Anwendungsfach. *Psychotraumatologie*, 3(4), 44.
- Ott, R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 128–147). Göttingen: Hogrefe.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (2003). Das Internet und die Klinische Psychologie: Analyse der Implikationen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 13–18). Göttingen: Hogrefe.

- Ott, R. & Morschheuser, S. (2003). Konzeption eines videobasierten psychologischen Online-Beratungsangebots. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 247–254). Göttingen: Hogrefe.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1985). Therapist behaviour as a determinant for client non-compliance: a paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846–851.
- Petersen, K.U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R. & Thomasius, R. (2009). Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 77(5), 263 – 271.
- Platz, T. & Senft, B. (2009). Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation prädiktiv erhoben werden? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems*, 10, 12–17.
- Polauf, J. (1996). E-mail as a modality for crisis intervention. Retrieved March 18, 2011, from <http://telehealth.net/crisis-intervention>.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276–288.
- Putnam, D.E. & Maheu, M.M. (2000). Online sexual addiction and compulsivity: integrating web resources and behavioural telehealth in treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(2), 91–112
- Reger, M.A. & Gahm, G.A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 53–75.
- Rochlen, A.B., Beretvas, S.N. & Zack, J.S. (2004). The on-line and face-to-face counselling attitude scales: a validation study. *Measurement and evaluation in counselling and development*, 37(2), 95–111.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S. & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical study. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269–283.
- Rosenbaum, R.L. & Horowitz, M.J. (1983). Motivation for psychotherapy: a factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 346–354.

- Rünger, M. & Haverkamp, F. (2003). Ressourcen zur Kinder- und Jugendpsychologie, -psychiatrie und -psychotherapie im Internet. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 47–61). Göttingen: Hogrefe.
- Ryan, R.M. & Connell, J.P. (1995). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for actioning in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749–761.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis of effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186–193.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcoholic treatment: relations with patients characteristics, treatment involvement, and drop-out. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279–297.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M. & Petry, J. (2009). Pathologischer PC/Internetgebrauch. *Psychotherapeut*, 54(3), 187–192
- Schmidt, N.B. & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 13–18.
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivations, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11(2), 155–167.
- Schneider, W., Klauer, T. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240–249.
- Schulz, H., Lang, K. & Koch, U. (2003). Weiterentwicklung und psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM 23. Retrieved April 4, 2010, from <http://www.uke.de/extern/agpv/FPTM-23%20Entwicklung.pdf>.
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R. & Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49(2), 83–93.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5(2), 89–95.
- Shaffer, H.J., Hall, M.N. & Vander Bilt, J. (2000). „Computer addiction“: a critical consideration. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 162–168.
- Shapira, N.A., Goldsmith, T.D., Keck, P.E., Khosla, U.M. & McElroy, S.L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 267–272.

- Shapira, N.A., Lessig, M.C., Goldsmith, T.D., Szabo, S.T., Lazoritz, M., Gold, M.S. & Stein, D.J. (2003). Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207–216.
- Shaw, M. & Black, D.W. (2008). Internet addiction. Definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22(5), 353–365.
- Shirk, S.R., Gudmundsen, G., Crisp Kaplinski, H. & McMakin (2008). Alliance and outcome in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 631–639.
- Simoneau, H. Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1219–1241.
- Skinner, A. & Zack, J.S. (2004). Counseling and the internet. *The American Behavioral Scientist*, 48(4), 434–446.
- Stallard, P., Richardson, T. & Velleman, S. (2010). Clinician's attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (CBT) with children and adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(05), 545–560.
- Statistik Austria (2007). Computer und Internet: häufiger, mobiler, schneller. Retrieved March 26, 2011, from http://www.statistik.at/web_de/presse/024081.
- Statistik Austria (2010). IKT-Einsatz in Haushalten. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Haushalten 2009.[Electronic Version] Wien: Statistik Austria.
- Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (2009). Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien. In: B.U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (S. 1–36). Wien: Springer.
- Stetina, B.U., Sofianopoulou, A. & Kryspin-Exner, I. (2009). AnbieterInnen, Angebote und Kennzeichen von Online-Interventionen. In: B.U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (S. 171–204). Wien: Springer.
- Suler, J.R. (1999). To get what you need: healthy and pathological internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 355–393.
- Suler, J. (2008). Cybertherapeutic theory and techniques. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of CYBERSPACE. Theory, research, applications* (pp. 102–128). New York: Cambridge University Press.
- Tao, R. Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. & Li, W. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105, 556–564.

- Titov, N., Andrew, G., Johnston, L., Robinson, E. & Spence, J. (2010). Transdiagnostic internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, 48, 890–899.
- Tosun, L.P. & Lajunen, T. (2009). Why do young adults develop a passion for internet activities? The association among personality, revealing “true self” on the internet, and passion for the internet. *CyberPsychology & Behavior*, 12(4), 401–406.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Filippopoulou, A., Tounissidou, D., Freskou, A., Spiliopoulou, T., Louizou, A., Konstantoulaki, E. & Kafetzis, D. (2008). Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 168(6), 655–665.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Ödberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. & Andersson, G. (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.
- Vogel, P.A., Hansen, B., Stiles, T.C. & Götestam, K.G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy*, 37, 247–255.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2009). Neue Medien für die Intervention bei Traumafolgestörungen. In: B.U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (S. 135–155). Wien: Springer.
- Whang, L.S.-M., Lee, S. & Chang, G. (2003). Internet over user’s psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 6(2), 143–150.
- Wild, T.C., Cunningham, J.A. & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858–1872.
- Widyanto, L. & Griffiths, M. (2007). Internet addiction: Does it really exist? (Revisited). In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.142–163). Burlington: Elsevier Academic Press.
- Widyanto, L. & McMurran, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 433–450.

- Wograndl, B. (2011). *Pathologischer Internetgebrauch und Akzeptanz von Online-Interventionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Wu, H.Y. & Yang, M.J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 93–98.
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.C., Chen, S.H. & Ko, C.H. (2007). Family factors of internet addiction and substance use experience in taiwanese adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 10(3), 323–329.
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.S., Tang, T.C. & Ko, C.H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2), 187–191.
- Yoo, H.J., Cho, S.C., Ha, J., Yune, S.K., Kim, S.J., Hwang, J., Chung, A., Sung, Y.H. & Lyoo, I.K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 487–494.
- Young, K.S. (1996a). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3), 237–244.
- Young, K.S. (1996b). Psychology of computer use: XL. addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3), 237–244.
- Young, K.S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. Retrieved April 3, 2010, from www.netaddiction.com/articles/symptoms.pdf.
- Young, K.S. (2004). Internet addiction. A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402–415.
- Young, K.S. (2007). Cognitive behaviour therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671–679.
- Young, K. Pistner, M., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Cyber-disorders: the mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 3(5), 475–479.
- Young, K.S. & Rogers, R.C. (1998). The relationship between depression and internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 1(1), 25–28.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Klassifikationsversuche unterschiedlicher Autoren	10
Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Online-Interventionen.....	38
Tabelle 3: Fragestellungen und Auswertung	65
Tabelle 4: Internetdienste nach ARD/ZDF (Eimeren & Frees, 2008)	67
Tabelle 5: Die Subskalen des BSI.....	69
Tabelle 6: Herkunft der Stichprobe (Referrer)	77
Tabelle 7: Herkunftsland	81
Tabelle 8: Familienstand	83
Tabelle 9: Wohnform	85
Tabelle 10: Ausbildung	87
Tabelle 11: Tätigkeit	88
Tabelle 12: Internetnutzung privat und beruflich	91
Tabelle 13: Nutzung der Internetdienste	94
Tabelle 14: BSI Subskalen-Mittelwerte der Summenscores	98
Tabelle 15: Deskriptivstatistik Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen..	100
Tabelle 16: Unterschiede bei Online-Diensten.....	106
Tabelle 17: ISS-Gruppen und BSI Skalenwerte	109
Tabelle 18: BSI Subskalen und Haltung gegenüber internetbasierten Interventionen	112

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Pathologische Dekompensation Hypothese nach Gao et al. (2009).....	14
Abbildung 2: Einflussfaktoren Behandlungsmotivation nach Schneider und Klauer (2001).....	52
Abbildung 3: vereinfachter Screeplot der Faktorenanalyse	72
Abbildung 4: Geschlecht	78
Abbildung 5: Vergleich Alter und Geschlecht.....	80
Abbildung 6: Vergleich Land und Alter.....	82
Abbildung 7: Vergleich Familienstand und Alter	84
Abbildung 8: Vergleich Wohnform und Alter	86
Abbildung 9: Vergleich Geschlecht und Tätigkeit	89
Abbildung 10: Vergleich Tätigkeit und Alter	90
Abbildung 11: private Nutzung	92
Abbildung 12: berufliche Internetnutzug	92
Abbildung 13: Private Internetnutzung	93
Abbildung 14: Internetnutzung	93
Abbildung 15: Private Internetnutzung und Alter	93
Abbildung 16: Berufliche Internetnutzung und Alter	93
Abbildung 17: ISS-Gruppen nach Hahn und Jerusalem (2001).....	96
Abbildung 18: ISS Gruppen anhand Perzentile	97
Abbildung 20: Belastung nach BSI für Globalen Kennwert (GS)	99
Abbildung 21: Verteilung Geschlecht und ISS-Gruppen.....	102
Abbildung 22: Verteilung Alter und ISS-Gruppen.....	103
Abbildung 23: Vergleich ISS-Gruppen und Belastung	107
Abbildung 24: BSI Subskalen und ISS.....	110

ANHANG

Anhang A1 Online-Fragebogen (Seite 1-4)

The screenshot shows the introduction page of an online questionnaire. At the top right is the logo of the University of Vienna. The text is in German and addresses the participant. It explains the research project, the importance of the internet in daily life, and the need for the study. It also mentions that the data will be handled anonymously and confidentially. A button labeled 'zum Fragebogen' (to the questionnaire) is at the bottom. The footer includes 'Studie Onlinebehandlung' and 'Fakultät f. Psychologie Wien'.

universität wien

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Im Rahmen eines Forschungsprojektes im Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der Universität Wien führen wir derzeit eine Studie zum Thema „**Pathologischer Internetgebrauch und Behandlungsmotivation/Akzeptanz bezüglich Onlineinterventionen**“ durch.

In vielen Bereichen des heutigen Lebens nimmt das Internet eine wichtige Rolle ein. Da wahrscheinlich auch Sie zu den Personen gehören, für die das Internet immer wichtiger wird, bitten wir Sie uns bei unserem Projekt zu unterstützen, indem Sie den Fragebogen ausfüllen. Die Daten werden selbstverständlich **anonym** und **vertraulich** behandelt, ein Rückschluss auf Ihre Person ist unmöglich. Beantworten Sie bitte **ALLE** Fragen möglichst **spontan**.

Die Bearbeitung des folgenden Fragebogens wird ca. 25 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme.

Barbara Wograndt und Michaela Nussdorfer

[zum Fragebogen](#)

Studie Onlinebehandlung Fakultät f. Psychologie Wien

The screenshot shows the main form of the online questionnaire. It includes a progress bar at the top indicating 0% completion. The text 'Zu Beginn haben wir ein paar allgemeine Fragen an Sie' (At the beginning we have a few general questions for you) is displayed. The form contains several demographic and usage questions with corresponding input fields or dropdown menus. A 'weiter' (next) button is at the bottom. The footer includes 'Studie Onlinebehandlung' and 'Fakultät f. Psychologie Wien'.

universität wien

Fortschritt: 0%

Zu Beginn haben wir ein paar allgemeine Fragen an Sie

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ transgender

Alter

Land

Familienstand

Wohnsituation

höchste abgeschlossene Ausbildung

Welcher Tätigkeit gehen Sie derzeit nach?

Wieviele Stunden pro Tag sind Sie für private Zwecke online?
(15 Minuten = 0,25, 30 Minuten = 0,5, 45 Minuten = 0,75)

Wieviele Stunden pro Tag sind Sie für berufliche Zwecke online?
(15 Minuten = 0,25, 30 Minuten = 0,5, 45 Minuten = 0,75)

[weiter](#)

Studie Onlinebehandlung Fakultät f. Psychologie Wien

Fortschritt: 7%

Private Internetnutzung: Wieviele Stunden pro Tag verwenden Sie PRIVAT folgende Dienste?

	bis zu einer Stunde	ein bis zwei Stunden	zwei bis drei Stunden	drei bis vier Stunden	vier bis fünf Stunden	mehr als fünf Stunden	wöchentlich	gar nicht
E-Mail versenden/empfangen	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zeitgenössisch bestimmte Angebote surfen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
einfach so im Internet surfen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
an Gesprächsforen/Newsgroups/Chats teilnehmen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instant Messenger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Online Communities nutzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Live im Internet Radio hören	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Live im Internet Fernsehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Video/TV zeitversetzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Audio/Radio zeitversetzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Suchmaschinen nutzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[weiter](#)

Studie Onlinebeurteilung Fakultät I, Psychologie Wien

Fortschritt: 13%

Wieviele Stunden pro Tag verwenden Sie PRIVAT folgende Dienste?

	bis zu einer Stunde	ein bis zwei Stunden	zwei bis drei Stunden	drei bis vier Stunden	vier bis fünf Stunden	mehr als fünf Stunden	wöchentlich	gar nicht
Homebanking	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onlinespiele	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onlineauktionen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Onlineshopping	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Download von Dateien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RSS-feeds, Newsfeeds	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Buch- und CD-bestellung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakt-/Partnerbörsen	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Musikdateien aus dem Internet anhören/herunterladen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
andere Audiodateien aus dem Internet anhören/herunterladen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Facebook	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Youtube	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[weiter](#)

Studie Onlinebeurteilung Fakultät I, Psychologie Wien

Anhang B2 Screenshots der Aufrufe zur Teilnahme an der Studie

<http://www.jugendservice.at>

The screenshot shows the website of JugendService.at. The main heading is "Wie erleben Jugendliche die Kinderrechte im Alltag?". Below this, there is a text block explaining the survey's purpose: to gather information on the implementation of children's rights in Austria. It mentions the UN Convention on the Rights of the Child and the Austrian government's commitment. A sidebar on the left contains logos for "4YOU Card", "Facebook CHECK", "FERNAL JOB BORSE", "JOB COACH", and "ONLINE BERATUNG". At the bottom, there is a "KONTAKT" section with contact details for JugendService des Landes OÖ, including address, phone, fax, and email. The footer includes logos for JugendReferat, JugendService, 4YOU Card, and IMPRESSUM | SITEMAP.

<http://www.medizinstudium.at/forum>

The screenshot shows a forum post on the Medizin Studium website. The post is titled "Diplomarbeit 'Pathologischer Internetgebrauch und Behandlungsmotivation/Akzeptanz bezüglich Online-Interventionen'". The user "Anastasi" has posted a message asking for help with the thesis. The post includes a link to a survey and a request for feedback. The forum interface shows various navigation links at the top and bottom, and a sidebar with a search bar and user information.

http://www.netdoktor.at

The screenshot shows the NetDoktor.at website. The browser address bar displays the URL http://www.netdoktor.at/science_corner/projekte/internet sucht_online therapie. The website header includes the NetDoktor.at logo and a search bar. A sidebar on the left lists various health topics such as "Hautdiskutieren!", "Community", "Überblick", "Startseite", "Nachrichten", "Gesundheit aktuell", "Newsletter", "Lexikon", "Erkrankungen", "Symptome", "Untersuchungen", "Wörterbuch", "Laborwerte", "Medikamente", "Alkohol", "Sex & Partnerschaft", "Schwangerschaft & Geburt", "Baby's erstes Jahr", "Kinder & Jugendliche", "Alle Themen", "Health Center", "Allergie", "Alzheimer", "Asthma", "Entwegung", "Body & Soul", "Burn-out", and "Brustkrebs". The main content area is titled "SCIENCE CORNER" and contains a project description by Michaela Nussdorfer and Barbara Wograndl. The title of the project is "Internetabhängigkeit und die Einstellung zu einer Online-Therapie". The text describes a survey on the treatment motivation of affected individuals and their acceptance of online intervention. It mentions that the survey takes about 20 minutes and that the data is anonymous and confidential. There are links to "Hier geht's zur Teilnahme am Online-Fragebogen" and "zur Science-Corner-Überblicksseite". At the bottom of the main content area, there are social media sharing buttons for Facebook (0) and Twitter (0). On the right side of the page, there is an advertisement for "WIENER STÄDTISCHE VIENNA INSURANCE GROUP" with the slogan "„Gesundheit ohne Grenzen.“" and an image of a doctor.

ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Michaela Nussdorfer

Wien, September 2011

CURRICULUM VITAE

Michaela Nussdorfer
geboren am 11.03.1983
in Wiener Neustadt
a0103440@unet.univie.ac.at

Ausbildung

seit 2003	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien Diplomstudium Pädagogik, Universität Wien
2001-2003	Fächerkombination Pädagogik/Psychologie, Universität Wien
1993-2001	BG/BRG Mattersburg
1989-1993	Volksschule Wiesen

Berufsrelevante Praktika

04-06/2010	6-Wochen Praktikum Verein P.A.S.S.
10/2006	Praktikum Unterstützung einer Tagesmutter
04-07/2006	Kinderzimmer – Kinderbüro, Universität Wien
07/2005	Praktikum KinderuniWien – Hörsaalbetreuung, Universität Wien
10/2004-03/2005	Praktikum Beratungstätigkeit in der Präsenzbibliothek Institut für Bildungswissenschaft, Universität Wien
02/2004-03/2005	Praktikum Lernbetreuung, Nachbarschaftszentrum 16 Ottakring, Wiener Hilfswerk
09/2003	Praktikum Abteilung für Klinische Psychologie Landeskrankenhaus Wiener Neustadt

Sonstige Tätigkeit

09/2006	ALCAR Heringrad GmbH, Hirtenberg
07/2001	Leykam Gutenberg, Wr. Neustadt
07/2000	Papageno Reisen, Wr. Neustadt
07-08/1999	Papageno Reisen, Wr. Neustadt
07/1998	Papageno Reisen, Wr. Neustadt
Sommer 1998-2006	Bogner Veranstaltungs GmbH, Wiesen

Berufliche Tätigkeit

10/2006-05/2010	Hammerschmied Hohenegger & Partner Wirtschaftsprüfungs Ges.m.b.H.
seit 06/2010	HHP Wirtschaftsprüfung GmbH