

Evaluation einer Internet-gestützten Behandlung (“Interapy”)  
von posttraumatischen Belastungsstörungen im deutschen  
Sprachraum

Gefördert durch den WEISSEN RING e.V.

Abschlussbericht

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker  
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Universität Trier

## 1. Einleitung

Die Studie über eine internet-basierte Psychotherapie für Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTB) wurde im November 2002 begonnen und im September 2005 erfolgreich abgeschlossen. Seit dem letzten Zwischenbericht (Februar 2005), der eine positive Bilanz auf die Behandlungseffekte nach Therapieende und der Auswertung des 3-Monate-Follow-up-Untersuchung zog, wurden die behandelten Patienten eineinhalb Jahre nach Abschluss der Behandlung noch einmal zu ihrer PTB-Symptomatik und allgemeinen Psychopathologie befragt. Die Ergebnisse wurden ausgewertet, und es zeigte sich, dass die behandlungsbedingte Verbesserung der Symptome für PTB und allgemeinen psychischen Symptomen (Depression, Angst) auch nach eineinhalb Jahren aufrecht erhalten werden konnte. Nachfolgend wurden eine Reihe von Veröffentlichungen (siehe unten) über die Ergebnisse dieser Studie publiziert. Des weiteren wurde die Studie in diesem Jahr auf nationalen und internationalen Kongressen präsentiert (European Conference on Traumatic Stress Studies, Stockholm; Society for Psychotherapy Research, Lausanne; International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, London; Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Dresden; Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden). Es wurde immer auf die Förderung des WEISSEN RING e.V. aufmerksam gemacht.

Im folgenden werden wir kurz den Studienaufbau schildern und eine Beschreibung der Studienteilnehmer und dem Auswahlverfahren geben. Abschliessend werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie bezüglich der traumabedingten Symptomatik und der Zufriedenheit mit dem internet-basierten Therapeutischen Kontakt präsentiert.

## 2. ‚Interapy‘

In den Niederlanden wurde in den letzten fünf Jahren eine äußerst effektive und kostengünstige protokollbasierte Therapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen (PTB) entwickelt, die ausschließlich über das Internet

stattfindet („Interapy“, Lange, 2000). In den bisher durchgeführten Studien zeigte sich, dass „Interapy“ bessere Effekte erzielt als die klassische „face-to-face“ Therapie. Die Ergebnisse der drei bisher in den Niederlanden durchgeführten „Interapy“-Behandlungsstudien zur Behandlung von PTB sind äußerst positiv (Lange et al., 2003). Es wurde eine hochsignifikante Abnahme bei Depression, Angst und psychisch bedingten körperlichen Symptome und traumabedingten Symptomen (Wiedererleben und Vermeidung) gemessen (Schrieken, Lange, Van de Ven & Emmelkamp, 2000). Bei ca. 80% der Teilnehmer zeigte sich eine eindeutige Verbesserung, das heißt diese Patienten erfüllten nicht mehr die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Von der ersten Studie wurden inzwischen auch Daten eines Langzeit-Follow-ups erhoben und es zeigte sich, dass die Veränderungen über einen Zeitraum von einem Jahr größtenteils aufrecht erhalten werden konnten. Aufgrund dieser positiven Ergebnisse wurde „Interapy“ in den Niederlanden bereits von verschiedenen Krankenkassen vergütet.

Im Rahmen dieser vom WEISSEN RING e.V. geförderten Studie wurden erstmals die Behandlungseffekte für Traumapatienten im deutschsprachigen Sprachraum überprüft. 'Interapy' beinhaltet Psychoedukation (Information bezüglich des Krankheitsbildes und möglicher Behandlungsformen), Screening (anhand von mehreren Fragebögen wurde festgestellt, ob eine Behandlung über das Internet eine ausreichende Unterstützung bieten konnte), Effektmessungen und eine computergestützte Behandlung posttraumatischer Belastungsreaktionen und unverarbeiteter Trauer über das Internet. Die vorliegende Studie war die erste Studie, die die Effizienz dieser internet-basierten therapeutischen Behandlung cross-kulturell überprüfte und sie somit dem deutschen Markt zugänglich machte. Internet-basierte Therapien sind kosteneffizienter als herkömmliche Therapien, und das Behandlungsprotoll gab dem Therapieprozess einen konzeptionellen und theoriebasierten Rahmen.

### 3. Aufbau der Studie

Die Behandlung fand ausschließlich über das Internet statt. Die deutschsprachige Internetseite ([www.interapy.de](http://www.interapy.de)) bot Informationen über eventuelle Auswirkungen psychologischer Traumata, sowie über die „Interapy“-Behandlung und das Forschungsteam. Interessierte, die sich bei „Interapy“ anmelden wollten, verfassten zunächst eine kurze Beschreibung des traumatischen Ereignisses, (der traumatischen Ereignisse). Danach schloss sich ein Online-Screening (Ausschlusskriterien siehe Abschnitt: Messungen) an. Wurde ein Patient zur Behandlung zugelassen, folgte der zweite Teil der Vormessung (Pretest), der notwendig war, um die Wirksamkeit der Behandlung später evaluieren zu können. Gleichzeitig wurden dem Teilnehmer eine Einverständniserklärung und ein Begleitbrief, der Informationen darüber geboten hat, wann und in welcher Form die Therapie beginnt, zugesandt. Wenn der Patient die Einverständniserklärung unterschrieben hat, wurde er zur Behandlung zugelassen.

Die Behandlung bestand aus zehn strukturierten Schreibaufgaben à 45 Minuten, die auf fünf Wochen verteilt waren. Die Behandlung erfolgte in drei Phasen (Tabelle 1). Am Anfang jeder Phase bestimmten die Teilnehmer, an welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit sie die Essays schreiben werden. Zu Beginn erhielten sie eine ausführliche Psychoedukation verbunden mit Instruktionen bezüglich der ersten Schreibaufgabe. Nach jeweils zwei geschriebenen Essays erhielten die Teilnehmer einen Kommentar ihrer Texte und die Instruktionen für die nächsten Schreibaufgaben.

*1. Phase: Selbstkonfrontation:* In dieser Phase, die insgesamt vier Essays umfasste, stand die Selbstkonfrontation mit den schmerzhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen bezüglich des erlebten Traumas im Mittelpunkt. Der Patient wurde gebeten, die schmerzhaftesten Momente und Augenblicke zu schildern. Die Texte sollten im Präsens und in der 1. Person, ohne Rücksicht auf Grammatik und chronologische Reihenfolge, geschrieben werden.

*2. Phase: Kognitive Umstrukturierung:* In der zweiten Phase wurde der Inhalt der vier Schreibaufgaben auf eine kognitive Umstrukturierung gerichtet. In dieser Phase schrieben die Patienten ihre Erfahrungen ein weiteres Mal auf, dieses Mal jedoch in Form eines unterstützenden Briefes an eine fiktive Freundin/Freund, der/dem genau

das Gleiche widerfahren war wie dem Patienten. Durch diesen Perspektivenwechsel wurden die Teilnehmer in die Lage versetzt, ihre eigenen automatisierten Gedanken in Frage zu stellen. Prioritäten wurden in dieser Phase neu geordnet und Vorschläge sollten gemacht werden, wie der Patient sich vorstellen könnte, sein Leben wieder zu genießen und mehr am Sozialleben teilzunehmen.

*3. Phase: Social Sharing:* In der abschließenden Phase stand das „social sharing“ (andere teilhaben lassen) im Vordergrund. Das bedeutete, in den letzten beiden Schreibaufgaben verfassten die Teilnehmer einen Brief, in dem sie von ihrer traumatischen Erfahrung Abschied nahmen und damit Abstand gewonnen haben. Diesen Brief richteten sie an eine nahestehende Person, an jemanden, der im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung stand oder an sich selbst. Hierbei ging es nicht um die tatsächliche Versendung des Briefes, sondern um den symbolischen und rituellen Charakter. Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen, in denen die Patienten ermutigt wurden, frei heraus zu schreiben, achteten die Therapeuten in dieser letzten Phase auch auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Wichtigkeit dieses Briefes zu unterstreichen.

*4. Postmessung und Follow-up:* Sobald die Behandlung beendet war, füllte der Patient die Fragebögen der Nachmessung (Posttest) aus. Diese Fragebögen erhielt er ein weiteres Mal drei Monate und eineinhalb Jahre später als Folgetestung (Follow-up). Zu diesem Zeitpunkt erhielten die Teilnehmer auch einen Fragebogen zur Bewertung der Behandlung.

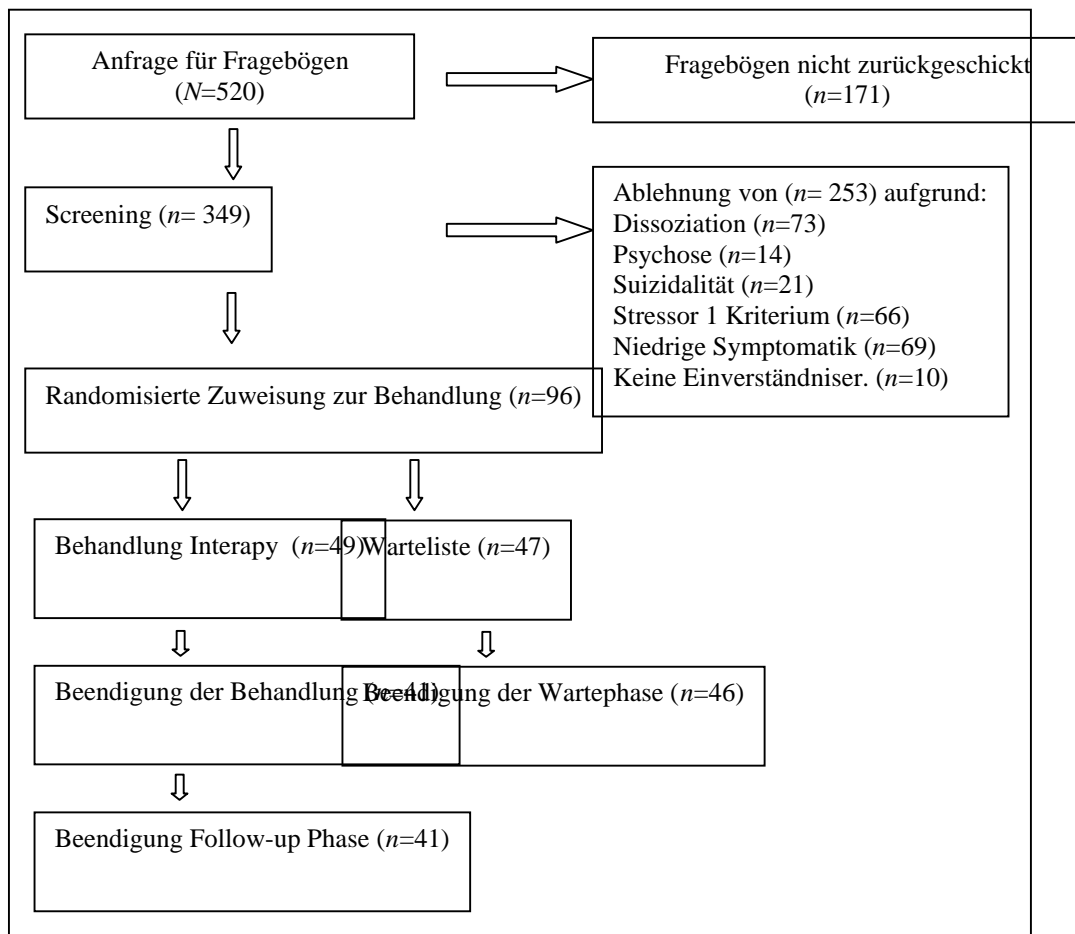
## 4. Methoden

### 4.1. Untersuchungspersonen (Stichprobe)

Die Stichprobengröße für die durchgeführte Studie belief sich auf  $N = 96$  (siehe Abbildung 1). Es beteiligten sich 89% Frauen und 11% Männer an der Studie und das durchschnittliche Alter lag bei 35 Jahren (zwischen 18 und 68 Jahre). 49% der Patienten hatten eine nahestehende Person verloren, 28% waren Opfer von sexuellem

Missbrauch, Inzest oder Vergewaltigung, und 8% der Patienten waren Opfer von Gewalt. 15% der Teilnehmer brachen die Behandlung vorzeitig ab.

Abbildung 1. Stichprobe



### 3.2. Messungen

#### *Screening*

Das Screening fand online und anhand von Fragebögen statt. Teilnahmebedingung war das Erleben eines Traumas, das zu dem Zeitpunkt der Untersuchung mindestens drei Monate zurücklag, sowie eine diagnostizierte PTB-Symptomatik. Personen, die

mehrfach Traumata erlebt hatten, wurden gebeten, das Wichtigste oder das Ereignis auszuwählen, das am kürzesten zurücklag.

Die Ausschlusskriterien waren:

- Psychotisches Erleben  
Gemessen anhand des Dutch Screening Device for psychotic disorder, SDPD; (Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven & Slot, 2000, dt. Übersetzung)
- Dissoziation  
Gemessen anhand des Somatoform Dissoziation Questionnaire, SDQ-5 (Nijenhuis, Spinhoven, Van der Hart & Vanderlinden, 1997)
- Schwere Depressionen: Gemessen anhand der Depressions-Subskala des Brief Symptom Inventory, BSI, (Derogatis, 1977; dt. Franke, 2000) unter Berücksichtigung eines Schwellenwerts
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch  
(Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000, dt. Übersetzung)
- Personen, die jünger als 18 Jahre sind  
(Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000, dt. Übersetzung)
- Personen, die bereits in psychotherapeutischer Behandlung sind  
(Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000, dt. Übersetzung)

Wurde ein Patient aufgrund dieser Kriterien nicht zu der Behandlung zugelassen, bekam er automatisch per Email eine Erklärung, warum er/sie nicht an der Untersuchung teilnehmen konnte, und erhielt Information bezüglich möglicher Alternativen.

### *Effektmessungen*

Die Effekte der Behandlung wurden anhand der folgenden Kriterien erfasst:

- PTB-Symptomatik  
(Revidierte Impact of Event Scale, IES-R, Weiss & Marmar, 1996, deutsch, Maercker & Schützwohl, 1998)
- Allgemeine Psychopathologie
  - Somatisierung (SF-12)
  - Ängstlichkeit (Subskala des Brief Symptom Inventory, BSI, Derogatis, 1977; dt. Franke, 2000)
  - Depressivität (Subskala des Brief Symptom Inventory, BSI, Derogatis, 1977; dt. Franke, 2000)

Explorativ:

Anhand eines Evaluationsfragebogens (Lange et al., 2000) wurden zusätzlich Fragen zu Erfahrungen der Patienten mit dem Internet und Computern und ihre Fähigkeiten Maschine zu schreiben erfasst, die explorativen Zwecken dienen.

### 4.3. Therapeuten

Die Patienten wurden durch Psychologen, die sich in psychotherapeutischer Weiterbildung befanden, behandelt. Die „Interapy“-Therapeuten wurden in der Anwendung des „Interapy“-Protokolls und in der Beurteilung der durch die Teilnehmer verfassten Essays geschult und standen unter regelmäßiger Supervision.

## 5. Ergebnisse

Die Ergebnisse (Tabelle 1) zeigten eine deutliche Verbesserung der traumabedingten Symptome (Vermeidung, Intrusion, Übererregtheit) bei der Behandlungsgruppe nach Beendigung der Behandlung und nach drei Monaten. Ebenso konnten für die traumabedingte Symptomatik und für allgemeine psychopathologische Symptome (Depression und Angst) signifikante Behandlungseffekte gefunden werden.



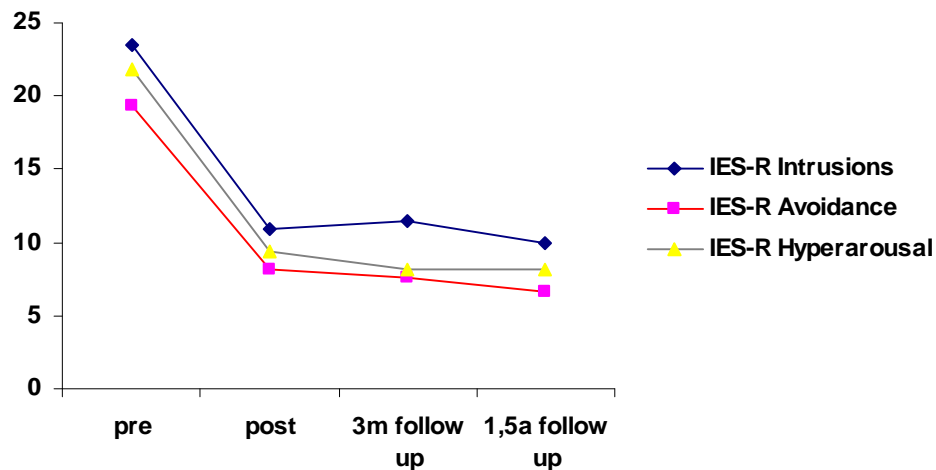
*Tabelle 1:* Testergebnisse für die Behandlungsgruppe (Interapy) und Wartelistengruppe (WL) zum Zeitpunkt der Prä-/Postmessung und 3-Monate-Follow-up.

	Time	Groups x Pre-Post						
		Interapy		WLC		<i>F</i>	<i>p</i>	Eta <sup>2</sup>
		M	SD	M	SD			
<b>IES-R-Intr</b>	Pre	23.0 <sup>a</sup>	6.4	23.3 <sup>a</sup>	7.8	<i>F</i> = 21.52	<i>p</i> < .001	.188
	Post	12.3 <sup>b</sup>	8.7	20.7 <sup>b</sup>	9.2			
	FU	12.7 <sup>b</sup>	8.1	-	-			
<b>IES-R-Avoi</b>	Pre	19.9 <sup>a</sup>	9.8	19.0 <sup>a</sup>	10.0	<i>F</i> = 10.00	<i>p</i> < .005	.097
	Post	10.1 <sup>b</sup>	10.2	16.0 <sup>b</sup>	10.5			
	FU	9.7 <sup>b</sup>	9.9	-	-			
<b>IES-R-Hyp</b>	Pre	22.1 <sup>a</sup>	6.5	19.1 <sup>a</sup>	9.5	<i>F</i> = 25.49	<i>p</i> < .001	.215
	Post	11.0 <sup>b</sup>	9.0	16.5 <sup>b</sup>	9.9			
	FU	10.0 <sup>b</sup>	8.5	-	-			
<b>BSI-Depr</b>	Pre	10.1 <sup>a</sup>	4.0	9.4 <sup>a</sup>	4.7	<i>F</i> = 7.38	<i>p</i> < .05	.073
	Post	5.3 <sup>b</sup>	4.3	7.2 <sup>b</sup>	4.9			
	FU	4.9 <sup>b</sup>	4.2	-	-			
<b>BSI-Anx.</b>	Pre	9.1 <sup>a</sup>	3.4	7.5 <sup>a</sup>	4.7	<i>F</i> = 10.73	<i>p</i> < .001	.103
	Post	5.2 <sup>b</sup>	3.8	6.5 <sup>a</sup>	4.7			
	FU	4.7 <sup>b</sup>	3.8	-	-			
<b>Sf-12 MH</b>	Pre	34.6 <sup>a</sup>	5.6	35.5 <sup>a</sup>	6.5	<i>F</i> = 5.95	<i>p</i> < .05	.061
	Post	39.7 <sup>b</sup>	7.4	36.9 <sup>a</sup>	6.2			
	FU	40.0 <sup>b</sup>	7.6	-	-			
<b>Sf-12 PF</b>	Pre	46.7 <sup>a</sup>	5.2	46.0 <sup>a</sup>	5.1	<i>F</i> = .001	n.s.	.000
	Post	47.2 <sup>a</sup>	5.2	46.6 <sup>a</sup>	5.2			
	FU	47.9 <sup>a</sup>	5.0	-	-			

<sup>a,b</sup> Mittelwerte innerhalb einer Spalte, die mit <sup>a,b</sup> gekennzeichnet sind unterscheiden sich nicht bei  $p = .05$

Diese Behandlungsgruppe zeigte auch nach einer Messung nach eineinhalb Jahren, dass die Symptomreduzierung weiterhin signifikant aufrecht erhalten werden konnte (Tabelle 2) und die traumabedingten Symptome sich nicht signifikant von den Erhebungen kurz nach der Behandlung unterschieden.

Tabelle 2. Traumabedingte Symptome nach 3-Monaten und 1,5 Jahren



Nach Abschluss der Behandlung wurden die Patienten gefragt, wie zufrieden sie mit dem therapeutischen Kontakt durch das Internet waren. 76% der gefragten Teilnehmer bezeichneten den Kontakt als angenehm, 86% beschrieben ihre Beziehung zu dem Therapeuten oder Therapeutin als persönlich und nur 17% vermissten einen persönlichen direkten Kontakt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Zufriedenheit mit dem therapeutischen Kontakt online (N=41)

Fragen		Antworten	
Vermissten Sie den persönlichen therapeutischen Kontakt zum Beispiel in Bezug auf Unterstützung oder Hilfe?	Nein		60%
	Ja		17%
	Ich weiss es nicht		12%
Wie haben Sie es erlebt über das Internet behandelt zu werden, anstatt persönlich?	angenehm		76%
	unangenehm		5%
	Ich weiss es nicht		19%
Wie würden Sie den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten beschreiben?	Persönlich		86%
	Unpersönlich		2%
	Ich weiss es nicht		12%

Die Ergebnisse dieser Studie liessen darauf schliessen, dass eine internet-basierte Therapie zu einer starken Reduzierung der traumabedingten Symptomatik führte, die auch über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren aufrecht erhalten werden konnte. Die Frage, ob eine internet-basierte Therapie für Traumaopfer eine geeignete Behandlungsalternative zu herkömmlichen Sprechzimmertherapien darstellt, konnte auch durch diese Studie, neben den bisher durchgeführten Studien in den Niederlanden, positiv beantwortet werden. Paunovic und Öst (2001) zeigten beispielsweise in einer vergleichbaren face-to-face Therapie, dass die Behandlungseffekte bei traumatisierten Flüchtlingen, die eine ähnlich hohe Traumasymptomatik aufzeigten, gleiche Effektstärken nach der Behandlung und zum Follow-up Messzeitpunkt aufwiesen.

Unklar ist bisher noch, welches genau die Faktoren sind, die für die Wirksamkeit von 'Interapy' verantwortlich sind. Allerdings gibt es eine Reihe von Merkmalen einer internet-gestützten Therapie, die für den positiven Therapieverlauf bei dieser Patientengruppe mitverantwortlich sein könnten. Das Fehlen von non-verbale Signalen (Mimik, Körpersprache) könnte zu erhöhter Intimität und Aufrichtigkeit geführt haben. Informationslücken können bei der interpersonalen Wahrnehmung Fantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigert (Walther, 1996). Das Phänomen der 'Telepräsenz', das Gefühl (oder die Illusion), dass ein realer oder virtueller Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er/sie physisch abwesend sind, ermöglicht eine erhöhte Offenheit (Suler, 2001). Dies kann vor allem bei Patienten, die an stigmatisierenden Symptomen oder Erlebnissen leiden, zu einem reduzierten Schamerleben führen. Gerade diese Patienten vermeiden oft aus Schamgefühlen den therapeutischen Kontakt. Aber auch die erhöhte Verfügbarkeit für Menschen, die sonst nicht die Möglichkeit einer psychologischen Behandlung hätten (Sprachprobleme, körperliche Imobilität, Therapieplatz) beschreibt einen deutlichen Vorteil der Online-Therapie gegenüber der face-to-face-Therapie (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004).

Eine asynchrone schriftliche Kommunikation ist editierbar und archivierbar, beides hat sich gerade im therapeutischen Kontext als fruchtbar erwiesen (Döring, 2000). Soziale Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Patient und

Therapeut wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, sozialer Status und Aussehen traten in den Hintergrund, was zu einer verstärkten Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen kann. Allerdings gibt es auch mögliche Einschränkungen, die noch weiter untersucht werden sollten: Die gegebene Anonymität macht es dem Therapeuten zum Beispiel in Krisensituationen (Suizidalität) beinahe unmöglich, angemessen und schnell zu handeln. Auch fehlende nonverbale Signale des E-mail-Partners können zur Folge haben, dass Verzerrungseffekte wie z.B. Missverständnisse, auf der Seite des Gegenübers schwieriger zu bemerken und zu korrigieren sind (vgl. Knaevelsrud et al., 2004). Deshalb war es besonders wichtig, gegenüber dem Patienten eine maximale Transparenz (z.B. Name der Einrichtung, telefonische Erreichbarkeit) zu gewährleisten. Ebenso bedeutsam war es für die Kontinuität und Verbindlichkeit im Kontakt, einen festen Kontaktmodus vor der Behandlung festzulegen (z.B. festgelegte Schreibtermine des Patienten und Termine für die Reaktionsantworten des Therapeuten). Unabdingbar war vor der Behandlung ein umfassendes Screening durchzuführen und weitreichende Ausschlusskriterien für die internet-basierte Therapie anzuwenden, um beispielsweise Patienten, die suizidgefährdet waren, nicht über das Internet zu behandeln. Die Vorteile und möglichen Einschränkungen der internet-basierten Therapie zeigten, daß unser derzeitiges Wissen und Verständnis vertieft werden sollte und die Durchführung von empirischen Studien notwendig ist.

## 6. Wissenschaftliche Auswertung und Beiträge

Die Studie wurde seit Beginn der Förderung auf zahlreichen Konferenzen und Kongressen im In- und Ausland vorgestellt und vor Fachpublikum diskutiert (siehe Anhang). Das Interesse vor allem vor spezifischem Fachpublikum (z.B. Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie in Wien (2004), Dresden (2005); European Conference on Traumatic Stress Studies in Berlin (2003) und in Stockholm (2005)) war sehr groß und die Förderung des Weissen Ring e.V. wurde auf allen Kongressen besonders hervorgehoben.

Das geförderte Projekt konnte als erfolgreich in jedem Sinne bezeichnet werden. Die Wirksamkeit der Behandlung konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden und insgesamt war die Resonanz der teilnehmenden Patienten sehr positiv. Nach wie vor

besteht eine große Nachfrage von Patienten, die Interesse an einer Teilnahme der Studie zeigen, und nun im Rahmen der Forschungsambulanz der Universität Trier behandelt werden. Es konnte also mit der Studie eine Grundlage für den deutschsprachigen Raum für ein neues Behandlungskonzept für Traumaopfer geschaffen werden.

## 6.1. Publikationen

Knaevelsrud, C., Jager, J. & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14, 174-183.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online therapy for trauma patients? Unpublished manuscript, University Zürich.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled trial. Unpublished manuscript, University Zürich.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2005). Complicated grief and internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 1-24.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (in review). Impact of an Internet-based Intervention (INTERAPY) for Complicated Grief on Personal Growth: A Randomized Controlled Trial.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2005). Internet-based Cognitive-Behavioural Therapy (INTERAPY) for Complicated Grief: A randomized Controlled Trial. *Death Studies* (accepted).

## 6.2. Vorträge

Knaevelsrud, C., & Maercker, A.: *The quality of Internet-based therapeutic relationships with traumatized people*. Vortrag, ESTSS 8<sup>th</sup> European Conference on Traumatic Stress Studies, Berlin, 2003.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., Lange, A., & Maercker, A.: *Erste Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zur internetbasierten Therapie (Interapy) für posttraumatische Belastungsstörungen*. Vortrag, 28e Klinische Fachgruppentagung (DGP), Halle, 2004.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., & Maercker, A.: *Die therapeutische Beziehung im Internet: Zusammenhang zwischen Beziehungsqualität und Therapieresultat*. Vortrag, 6. Fachtagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Wien, 2004.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., Lange, A., & Maercker, A.: *Internetbasierte Psychotherapie (Interapy): Eine randomisierte Kontrollstudie einer kognitiv-behavioralen Behandlung für posttraumatischen Belastungsreaktionen über das Internet*. Vortrag, 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Göttingen, 2004.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., & Maercker, A.: *Internet-based Treatment of Posttraumatic Stress: One-year-follow-up of a Controlled Randomized Trial*. Vortrag, ESTSS 9<sup>th</sup> European Conference on Traumatic Stress Studies, Stockholm, 2005.

Knaevelsrud, C., Wagner, B., & Maercker, A.: *Internet-based treatment of posttraumatic stress: Does the working alliance predict long-term therapy outcome*. Vortrag, Society for Psychotherapy Research, Lausanne, 2005

Maercker, A., Müller, J., Knaevelsrud, T. & Zöllner, T.: *Variants of trauma exposure in PTSD treatment: Imaginative, narrative & life-review facilitated exposure*. Vortrag, 12th Congress of the Association of European Psychiatrists. Geneva, Switzerland, 2004.

Maercker, A., Knaevelsrud, C., Wagner, B., & Lange, B.: *Internet-based treatment (Interapy): A treatment trial of cognitive-behavioral psychotherapy of posttraumatic stress through the internet*. Vortrag, 28th International Congress of Psychology, Beijing/China, 2004.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A.: *Internet-basierte kognitive-Verhaltenstherapie für Patienten mit Komplizierter Trauer: Evaluation einer randomisierten Kontrollgruppenstudie*. Vortrag, 7. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Dresden, 2005.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A.: *Internet-based Cognitive-Behavioural Therapy for Complicated Grief: Treatment Approach and Evaluation*. The 7th International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, London, 2005

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A.: *Internet-based Cognitive-Behavioural Therapy for Complicated Grief: A Controlled Evaluation*. The 9th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS), Stockholm, 2005.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A.: *Internet-basierte kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit komplizierter Trauer: Evaluation einer randomisierten Kontrollgruppenstudie*. Vortrag, 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie., Dresden, 2005.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. *Behandlung von Komplizierter Trauer über das Internet: Konzept und Beispiele*. Vortrag, 6. Fachtagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Wien, 2004.

### 6.3. Literatur

Derogatis, L.R. (1992). BSI : administration, scoring, and procedures manual-II (2nded), Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, Inc.

Döring, N. (2000). Identitäten, Beziehungen und Gemeinschaften im Internet; In: Batinic, B. (Hrsg.): Internet für Psychologen, ed.2. Göttingen, Hogrefe, pp. 379-416

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online therapy for trauma patients? Unpublished manuscript, Berlin Treatment Center for Torture Victims.

Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance. Unpublished manuscript, Berlin Treatment Center for Torture Victims.

Knaevelsrud, C., Jager, J., & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung [Internet psychotherapy: Efficacy and particularities of the therapeutic relationship]. *Verhaltenstherapie*, 14, 174-183.

Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen, zevende herziene druk*. Groningen: Wolters Noordhoff

Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-9.

Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P.M.G., van der Kolk, J., Lydsdottir, L., Massaro, M., & Reuvers, A. (2000). 'INTERAPY': The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 103-120.



Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Van de Ven, J-P., & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst: een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen [Construction and validation of the Screening Device for Psychotic Disorder]. *Directieve Therapie*, 20, 162–173.

Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R) [Assessing the psychological sequelae of stress: The Impact of Event Scale-Revised Version (IES-R)]. *Diagnostica*, 44, 130-141.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.

Paunovic, N., & Ost, L.G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behavior, Research Therapy*, 39, 1183-1197.

Suler, J. (2001). The online disinhibition effect.

<http://p24601.rider.edu/sites/suler/psyber/disinhibit.html>. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.behavior.net/JOB/v1n1/utz.html> Nov. 2003

Tate, D.F., Jackvony, E.H., & Wing, R.R. (2003). Effects of Internet Behavioral Counseling on Weight Loss in Adults at Risk for Type 2 Diabetes – A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1833-1836.

Walther, J.B. (1995). Relational aspects of computer-mediated communication: Experimental observations over time. *Organization Science*, 6, 186-203.