

5. Jahrgang, Heft 2, Artikel 2 – Oktober 2009

Humanitäre Hilfe im Internet: Onlinepsychotherapie im Irak

Christine Knaevelsrud & Birgit Wagner

Zusammenfassung

Die anhaltenden gewalttätigen Auseinandersetzungen im Irak und die begrenzten medizinischen und psychologischen Versorgungsstrukturen führen dazu, dass der größte Teil der zivilen Opfer des Ba'ath Regimes und aktueller Kriegshandlungen keinen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung erhält. Um Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, haben die beiden Autorinnen ein virtuelles Behandlungszentrum zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen in arabischer Sprache entwickelt. Das internet-basierte kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramm integriert etablierte, wirksame Behandlungsansätze mit neuen Kommunikationsmedien. Bisherige Ergebnisse deuten auf eine signifikante Reduktion der Psychopathologie (PTSD, Angst, Depression) hin. Das Potential und die Grenzen eines internet-gestützten Behandlungsansatzes in Postkonfliktländern werden diskutiert

Keywords

Folteropfer, Krieg, PTSD, Irak, Internet, Onlinetherapie

Autorinnen

- **Dr. Christine Knaevelsrud**
- Behandlungszentrum für Folteropfer e.V.
- **Kontakt:** Turmstr. 21
10559 Berlin
Phone: 0049/177/7894682
Fax: 0049/30/30614371
<mailto:c.knaevelsrud@bzfo.de>
<http://www.bzfo.de>
<http://www.ilajnafsy.org>

- **Dr. Birgit Wagner**
- Dipl.-Psychologin
- arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Zürich in der Abteilung Psychopathologie und Klinische Interventionen
- Forschungsschwerpunkte sind internet-basierte Interventionen, komplizierte Trauer und PTSD.
- **Kontakt:** Universität Zürich
Abteilung für Psychopathologie und klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
8050 Zürich
Phone: 0041-44-6357309
<mailto:b.wagner@psychologie.uzh.ch>
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/Team/BirgitWagner.html>

1.1 Hintergrund

Die irakische Zivilbevölkerung war in den letzten Jahrzehnten anhaltender und gravierender Gewalt ausgesetzt. Folter, Morde, Entführungen, erzwungene Amputationen und Vergewaltigungen waren Teil der systematischen Menschenrechtsverletzungen des Ba'ath Regimes (Al-saffar, 2003). Nach der Invasion des

Iraks durch die USA und ihre Verbündeten hat die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen weiter zugenommen (Burnham, Lafta, Doucy & Roberts, 2006). Wenngleich die genauen Zahlen bezüglich der Kriegstoten schwanken, wird durchgehend von einer dramatischen hohen Anzahl ziviler Kriegsoffer im sechsstelligen Bereich ausgegangen (Alkhuzai, Ahmad, Hweel, Ismail et al., 2008; Burnham et al., 2006). Die Eskalation der Gewalt und die damit verbundene anhaltende lebensbedrohliche Situation, hat dramatischen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der irakischen Bevölkerung (Al-Jawadi & Abdul-Rhman, 2007; Al Obaidy, & Piachaud, 2007). Im Gegensatz zu der Fülle an Daten zur psychischen Gesundheit von US-amerikanischen und britischen Soldaten, die im Irak eingesetzt wurden (Milliken, Auchterlonie & Hoge, 2007; Smith, Ryan, Wingard, et al., 2008), bestehen zur psychischen Gesundheit der irakischen Zivilbevölkerung kaum Informationen. Erstmals wurden nun Zahlen einer landesweiten repräsentativen epidemiologischen Studie mit 4332 Teilnehmern veröffentlicht (Alhasnawi, Sadik, Rasheed, et al. 2009). Nach dieser Studie leiden 13,8% der irakischen Bevölkerung an einer Angststörung und 7,2% an Depressionen. Lediglich 2,2 % der Befragten gaben an, im vergangenen Jahr eine Form der Behandlung (umfasst im weitesten Sinne alle somatischen als auch psychologischen Rehabilitationsansätze) erfahren zu haben. Das Gesundheitssystem ist durch die instabile Sicherheitssituation, das Fehlen einer institutionellen Struktur und einen gravierenden Personalmangel kaum funktionsfähig. Ärzte und psychologische Fachkräfte sind nach wie vor häufig Ziele von Entführungen und Ermordungen, was zu einer starken, anhaltenden Migrationsbewegung von Fachpersonal führte (Al Sheibani, Hadi, & Hasoon, 2003). Das irakische Gesundheitssystem ist trotz internationaler Unterstützung kaum in der Lage, adäquat auf die immensen Herausforderungen zu reagieren. Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin hat bereits 2005 ein Behandlungszentrum für Folteropfer in Kirkuk, im Norden des Iraks aufgebaut (www.kirkuk-center.org). Das Zentrum ist eine unabhängige Nichtregierungsorganisation mit dem Ziel der Rehabilitation und sozialen Reintegration von Folteropfern und deren Angehörigen. Mit Beginn 2009 folgten zwei weitere Behandlungszentren in Sulaymaniyah and Erbil. Trotz dieser positiven Entwicklungen bleibt die überwältigende Mehrheit der Anfragen nach psychologischer Hilfe unbeantwortet. Unterstützt vom Auswärtigen Amt, der Heinrich Böll Stiftung und der Hilfsorganisation Misereor hat das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin in Kooperation mit der Universität Zürich im vergangenen Jahr ein virtuelles, arabisches Behandlungszentrum zur internetgestützten Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen aufgebaut (www.ilajnafsy.org; www.virtual-traumacenter.org).

1.2 Ilajnafsy: Internet-basierte Psychotherapie im Irak

Die Fortschritte der Kommunikationstechnologie eröffnen ein bisher kaum erschlossenes Potential zur Erweiterung bisheriger psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten (Knaevelsrud, Jager, & Maercker, 2004). Durch die geographische Unabhängigkeit internet-basierter Therapieangebote, kann PatientInnen in (Post-)Konflikt Gebieten psychologische Unterstützung angeboten werden. Durch die zunehmende Verbreitung des Internets auch in Entwicklungsländern wird so ein einzigartiges Potential an Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der Humanitären Hilfe geschaffen. Grundlage für Ilajnafsy ist das Behandlungsprogramm Interapy (www.interapy.nl; Lange, Rietdijk, Hudcovicova, et al., 2003). Interapy ist eine internetgestützte Psychotherapie zur Behandlung posttraumati-

scher Belastungsstörungen, die von der Arbeitsgruppe um Prof. Alfred Lange an der Universität Amsterdam entwickelt wurde. Die Behandlung findet über eine virtuelle Plattform statt und besteht aus strukturierten Schreibaufträgen. Die Kommunikation ist ausschließlich textbasiert und zeitlich versetzt (asynchron). Das Behandlungsmanual basiert auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich in konventionellen psychotherapeutischen Behandlungssettings als wirksam erwiesen haben (Bradley et al, 2005, etc.). Interapy wurde in einer Reihe randomisierter kontrollierter Studien cross-kulturell überprüft (Knaevelsrud & Maercker, 2006, 2007, 2009; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2005, 2007, Wagner & Maercker, 2007). In allen Studien konnten wie in den Studien von Lange und Kollegen (Lange et al., 2003) signifikante und dauerhafte Verbesserungen im Bereich der posttraumatischen Belastungssymptomatik sowie bezüglich Angst und Depression gefunden werden. In den Niederlanden führten diese Ergebnisse zu einer Integration des psychotherapeutischen Angebotes von Interapy in das reguläre Versorgungssystem und die Behandlung wird von den dortigen Krankenkassen vergütet.

Für den Einsatz im Irak wurde Interapy übersetzt und mit Unterstützung einheimischer arabischer PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen kulturell angepasst. Die www.ilajnafsy.org Website ("Ilajnafsy" bedeutet "psychologische Hilfe") bietet Information über das Beschwerdebild der posttraumatischen Belastungsstörung und assoziierten Störungen, über das Ilajnafsy-Behandlungsprogramm und potentielle Behandlungsalternativen. Ilajnafsy besteht aus einem multilingualen Interface (arabisch, englisch, deutsch). Interessenten erfahren von Ilajnafsy durch Presse- und TV-Meldungen. Auch das Internet wird als Multiplikator genutzt, so ist unter (http://www.youtube.com/watch?v=l_EQeItto04) ein Film des Fernsehsender Al Arabiya geschaltet der bereits einige tausendmal angesehen wurde. Durch die enge Vernetzung mit Menschenrechtszentren speziell im Irak und darüber hinaus im arabischen Sprachraum, wird Ilajnafsy auch von klinischem Fachpersonal weiterempfohlen. Potentielle PatientInnen loggen sich ein und füllen den Screeningfragebogen online aus. Das Screening besteht aus einem Fragebogenset standardisierter klinischer Messinstrumente der relevanten psychischen Störungen. Um an dem Behandlungsprogramm teilnehmen zu können, müssen die TeilnehmerInnen unter den Folgen einer traumatischen Erfahrung (Folter, Krieg) im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, über ausreichende Arabischkenntnisse verfügen und volljährig sein. PatientInnen werden gebeten eine kurze Beschreibung des erlebten traumatischen Ereignisses zu geben. Ein typisches Beispiel ist die Beschreibung eines 29-jährigen Mannes aus Bagdad: „[...] Sie töteten meinen Freund direkt vor meinen Augen, ich werde diesen Moment nie vergessen. Ich musste zusehen wie er verblutete. Ich konnte nichts tun. Er starb direkt vor meinen Augen – einfach so. Ich sah auch ein Auto, das bombardiert wurde – alle Menschen, die drinnen saßen, waren vollkommen verbrannt. Ich wurde dabei auch verletzt.“ Leiden TeilnehmerInnen unter schweren Depressionen, Suizidalität oder psychotischen Erleben und dissoziativen Tendenzen, bietet das Ilajnafsy-Programm keine ausreichende Unterstützung. In solchen Fällen wird versucht, den Betroffenen alternative Adressen und Kontaktstellen vor Ort zu vermitteln. Zeigen sich die PatientInnen als ausreichend stabil, um an der Behandlung teilzunehmen, erhalten sie eine persönliche Ilajnafsy-email Adresse über welche die gesamte Kommunikation während der Behandlung stattfindet.

Über einen Zeitraum von sechs Wochen schreiben die TeilnehmerInnen insgesamt zehn 45-minütige Texte. Die Vorgabe des 45-minütigen Schreibfensters spiegelt eine Therapiesitzung wieder, wobei die zeitliche Einhaltung der 45 Minuten der Selbstverantwortung der PatientIn obliegt. Die Behandlung ist in drei Phasen unterteilt und umfasst Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie: (a) imaginative Exposition mit dem traumatischen Ereignis, (b) kognitive Restrukturierung von disfunktionalen Gedanken und (c) social sharing. Jeweils zu Beginn einer Behandlungsphase geben PatientInnen feste Termine für die Schreibsitzungen an. Dies kommt einerseits der ausgeprägten Vermeidungstendenz zuvor, die integraler Bestandteil der posttraumatischen Belastungsstörung ist. Zusätzlich erlaubt es den Therapeuten eine bessere Planbarkeit der therapeutischen Prozesse. Die PatientInnen erhalten innerhalb eines Werktages individuelle Rückmeldung von ihren TherapeutInnen. Ilajnafsy wird von arabisch-sprachigen PsychotherapeutInnen (PsychologInnen, PsychiaterInnen) angeboten, die im Irak selbst oder in benachbarten Ländern (z.B. Ägypten, Syrien, den palästinensischen Gebieten, Vereinigte Arabische Emirate) bzw. Europa wohnen. Alle TherapeutInnen wurden zur Anwendung des Interapy-Konzeptes in einem 7-tägigen Workshop ausgebildet. Aufgrund der angespannten Sicherheitslage im Irak war es trotz frühzeitiger Unterstützung des Auswärtigen Amtes äußerst problematisch, Visa für die eingeladenen irakischen TherapeutInnen zu erhalten, so dass ein erheblicher Anteil der ursprünglich eingeladenen TherapeutInnen nicht an dem Trainingsprogramm teilnehmen konnte. Während ihrer Behandlungstätigkeit nehmen die TherapeutInnen an einer wöchentlichen onlinegestützten Supervision teil und beteiligen sich an dem geschützten Supervisionsforum, das integraler Bestandteil der Behandlungswebseite ist. Die Behandlung wird kostenfrei angeboten.

1.3. Psychotherapeutische Behandlungsspezifika im arabischen Sprachraum

Psychotherapie ist in der islamischen Kultur bisher kaum verbreitet bzw. bisher wenig akzeptiert (Dwairy, 1998). Die Privatsphäre hat im Islam einen sehr hohen Stellenwert. Es wird davon ausgegangen, dass persönliche bzw. familiäre Probleme nicht mit Außenstehenden besprochen werden sollten (Ibrahim & Ibrahim, 1993). Zudem werden in einer kollektivistisch geprägten Gesellschaft Entscheidungen in Absprache mit der (erweiterten) Familie getroffen. Dies gilt auch und insbesondere bei sensiblen Angelegenheiten wie dem Aufsuchen und einer Inanspruchnahme von psychologischer Unterstützung. Die Inanspruchnahme psychologischer Unterstützung ist in der Regel also keine individuelle Angelegenheit, sondern betrifft die gesamte Familie. Das Stigma, das grundsätzlich mit der Inanspruchnahme psychologischer/psychiatrischer Unterstützung einhergeht ist bei Frauen noch ausgeprägter als bei Männern. Für unverheiratete Frauen kann es potentielle Heiratsaussichten negativ beeinflussen (Al-Krenawi, Graham & Kandah, 2000). Für verheiratete Frauen kann das Stigma einer psychischen Störung vom Ehemann oder dessen Familie als Grund für eine Scheidung angegeben werden. In der arabischen Kultur werden Individuen dazu erzogen, Eltern und andere Autoritäten anzuerkennen und zu akzeptieren. Diese Grundsätze der sozialen Interaktion können auch auf den psychotherapeutischen Kontext übertragen werden. PatientInnen erwarten von TherapeutInnen Ratschläge und klare Instruktionen. Hodge und Nadir (2008) argumentieren in diesem Kontext, dass

vor allem die kognitive Verhaltenstherapie u.a. im Kontrast zur analytischen Therapie für den islamischen Kulturkreis gut anwendbar ist.

Interessanterweise gibt es bisher kaum Ansätze, visuell anonyme Medien (Telefon, Internet) im arabischen Sprachraum anzuwenden. Dies ist besonders bemerkenswert angesichts der zuvor erwähnten ausgeprägten Stigmatisierungsangst durch psychische Störungen. Die Möglichkeit anonym und von zuhause aus Hilfe in Anspruch nehmen zu können, könnte die geringe Inanspruchnahme psychiatrischer Unterstützung deutlich verbessern. Angesichts der exponentiell zunehmenden Internetverbreitung in der arabischen Welt verfügt die Internettherapie über ein erhebliches Potential.

1.4 Anwendung und Akzeptanz von Ilajnafsy

Durch die hohe Medienaufmerksamkeit von Ilajnafsy haben bereits über 400 Interessenten das Screening durchlaufen. Das Geschlechterverhältnis ist im Gegensatz zu deutschsprachigen (Online)-Psychotherapiestudien ausgeglichen. In vergleichbaren, deutschsprachigen bzw. englischen Psychotherapieangeboten ist in der Regel ein signifikant höherer Frauenanteil zu verzeichnen. Die beschriebenen traumatischen Erfahrungen umfassen Berichte von Entführungen, Misshandlungen, Ermordung naher Familienmitglieder, Bombardierung und Beschuss. Weibliche Teilnehmerinnen berichteten häufig von sexueller Gewalt. Der Großteil aller Behandlungsanfragen kommt aus dem Irak. Zusätzlich erhalten wir Behandlungsanfragen aus dem gesamten arabischen Sprachraum, insbesondere aus den palästinensischen Gebieten, Syrien und dem Sudan. Im Gegensatz zu bisherigen Studien im deutschsprachigen Raum, erhalten wir intensive Nachfragen von Menschen, die nicht im engeren Sinne an den Folgen einer traumatischen Erfahrung, sondern an anderen psychischen Belastungen leiden. Gerade Jugendliche, die z.B. Probleme mit ihren Eltern oder innerhalb der Schule haben, bitten um psychologische Unterstützung. Auffallend viele Menschen mit primär depressiven Symptomen bzw. Zwangssymptomen wünschen sich die Möglichkeit, anonym ihre stark schambesetzten Probleme zu besprechen (z.B. suizidale Gedanken). In solchen Fällen wird versucht, den Betroffenen alternative Adressen und Kontaktstellen vor Ort zu vermitteln. Allerdings gibt es wie zuvor beschrieben in vielen Ländern nur unzureichende psychotherapeutische bzw. beraterische Angebote. Perspektivisch wäre daher eine Erweiterung des Ilajnafsy-Ansatzes über das Beschwerdebild der posttraumatischen Belastungsstörung hinaus wünschenswert. Ilajnafsy ist ein klar strukturierter, störungsorientierter Behandlungsansatz, der in hohem Maße mit den direktiven Behandlungserwartungen der arabischen Kultur übereinstimmt. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede in der Behandlungsgestaltung. Ein ausgeprägtes generelles Misstrauen ist bei vielen Patienten zu beobachten. Viele arabische PatientInnen möchten ihre geschriebenen Texte nicht speichern, aus Angst Dritte könnten sich Zugang dazu verschaffen. Da während der Therapie wiederholt auf frühere Texte Bezug genommen wird und Patienten gebeten werden, sich aus einer neuen Perspektive mit dem Geschriebenen zu beschäftigen, schicken wir die entsprechenden Texte den PatientInnen auf Vereinbarung noch einmal zu. Im Gegensatz zu den deutschsprachigen Behandlungen spielt der spirituell/religiöse Bezug in der arabischen Kultur eine wesentlich stärkere Rolle. Dies wird in der Behandlung explizit unterstützt, Auszüge aus dem Koran werden zitiert, um disfunktionelle Kognitionen zu verdeutlichen

(z.B. übermäßige Schuldgefühle oder überhöhte Ansprüche an die eigene Person). Dazu ist allerdings eine grundlegende Kenntnis kultureller und religiöser Normen und Werte essentiell. Häufig werden Behandlungserkenntnisse in Bezug zum familiären System gesetzt. Auch hier werden kulturelle Grundannahmen respektiert und in die Behandlung integriert. Um die Stigmatisierungsangst nicht zu erhöhen, wird im Rahmen der Behandlung medizinisch-psychologisches Vokabular vermieden. Die teilnehmenden PatientInnen werden „Teilnehmer“ und nicht „Patienten“ genannt, es wird vom „Ijajnafsy-Programm“ anstatt der Psychotherapie gesprochen. Ursprünglich wurde versucht PatientInnen und TherapeutInnen möglichst homogen bezüglich ihres Geschlechts und ihrer Nationalität zuzuteilen. Aufgrund begrenzter Kapazitäten konnten wir dieses Vorgehen nicht konsequent beibehalten, so dass es sowohl zu unterschiedlichen Länderkombinationen, als auch zu gemischt-geschlechtlichen Patient-Therapeut-Kombinationen kam. Nach unseren Erfahrungen stellt dies zumindest in der internet-vermittelten Psychotherapie kein Hindernis dar. Bei sexuellen Gewalterfahrungen haben wir allerdings weiterhin darauf geachtet, dass geschlechtlich einheitliche Konstellationen ermöglicht wurden.

Fast noch interessanter als die Unterschiede zwischen den therapeutischen Prozessen in deutsch- und arabisch-sprachigen Behandlungen ist deren ausgeprägte Ähnlichkeit. Übersetzt man die arabischen Texte und entkontextualisiert sie (durch Entfernung von Orten und Namen), lassen sich kaum noch Unterschiede zu deutschsprachigen Traumaberichten erkennen.

1.5 Herausforderungen

Onlinetherapie im Irak ist mit einer Reihe von Herausforderungen verbunden. Dazu zählen Probleme bezüglich der technischen Infrastruktur (Stromzufuhr, Internetverbindungen) und ein hohes Maß an Misstrauen. Flexibilität bezüglich des zeitlichen Vorgehens ist daher essentiell. Zusätzliche Telefonate mit den PatientInnen im Verlauf der Behandlungen haben sich wiederholt als notwendig erwiesen. Insgesamt zeigte sich im Vergleich zu bisher durchgeführten Onlineinterventionen eine hohe Dropoutrate. Wiederholt wurden Ängste formuliert, dass das Ilajnafsy von ausländischen Geheimdiensten (CIA, Mossad) initiiert worden sei. Interessanterweise scheinen hohe Abbruchraten allerdings ein häufiges Problem im Irak zu sein. Alhasnawi et al. (2009) berichtete, dass wesentliche Determinanten der unzureichenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung die hohen Abbruchraten und die gering ausgeprägte Compliance bei Behandlungsangeboten sind. Insbesondere durch den familiären Druck entsteht nach ein bis zwei Therapiesitzungen häufig das Gefühl, nun geheilt sein zu müssen, da weitere Sitzungen möglicherweise ein Indiz für die Schwere einer Erkrankung darstellen. In Kombination mit einer eher externalen Verantwortungsattribution (der Arzt/Psychologe ist für die Heilung zuständig) brauchen die PatientInnen eine vergleichsweise intensivere Begleitung, um die Therapiemotivation aufrecht zu erhalten. Im Gegensatz zu den deutschsprachigen Internetangeboten sind die Therapieverläufe von Ilajnafsy von erheblich längerer Dauer. Dies ist zum einen den bereits erwähnten infrastrukturellen Problemen, wie zum Beispiel Unterbrechungen in der Stromversorgung bzw. störanfällige Internetverbindungen geschuldet. Auch die wiederholten Bedrohungen durch anhaltende Kriegsgewalt un-

terbrechen Behandlungsverläufe. Dies hat allerdings zur Folge, dass die Behandlung deutlich länger als sechs Wochen andauert.

Ein essentieller Vorteil der Onlinetherapie ist ihre visuelle Anonymität. Es ist bekannt, dass visuelle Anonymität emotionale Offenheit befördert. Die Stigmatisierung, die mit psychischen Störungen verbundenen ist, stellt eine zentrale Barriere für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe dar. Die Anonymität des Internets bietet vor allem für diese vulnerable Patientengruppe eine Möglichkeit über ihre Erfahrungen in einem geschützten Kontext zu berichten.

Die Unterstützung von Projekten in Krisen- und Kriegsgebieten durch deutsche Förderorganisationen ermöglicht solche Initiativen, ist allerdings mit einer Reihe von formalen Restriktionen verbunden. Die meist auf 2-3 Jahre begrenzte Förderdauer erschwert eine nachhaltige Implementierung vergleichbarer Initiativen. Die Bekanntmachung von Ilajnafsy im Irak und im arabischen Sprachraum braucht vergleichsweise viel Zeit. Das Wissen über psychologische Hilfsangebote ist bisher wenig verbreitet. Intensive Pressearbeit und Vernetzung mit lokalen Hilfsorganisationen haben Ilajnafsy mittlerweile bekannt gemacht. Interessanterweise erhalten wir zum jetzigen Zeitpunkt vor allem Anfragen von Menschen, die von Ilajnafsy über persönliche Empfehlung und Mund-zu-Mund-Propaganda gehört haben. Damit geht auch ein erhöhtes Vertrauen in das Behandlungsprogramm einher. Wenngleich man davon ausgehen muss, dass der Großteil der irakischen Bevölkerung nicht über einen eigenen Computer verfügt, haben viele vor allem jüngere Generationen ausreichend Computererfahrung. Um die Zugangsmöglichkeiten zu erhöhen, haben wir in unseren Behandlungszentren im Irak Computer installiert, so dass die Internetbehandlung auch von dort aus in Anspruch genommen werden kann. Über diesen Weg können auch Betroffene, die nicht über einen eigenen Internetzugang verfügen, an dem Programm teilnehmen.

Erste Datenauswertungen zeigen signifikante Effekte hinsichtlich der Reduktion der posttraumatischen Belastungssymptomatik, Depression und Angst. Die positiven Ergebnisse deuten darauf hin, dass Ilajnafsy in der arabischen Kultur anwendbar und akzeptabel ist. Deutschsprachige Studien zu Langezeiteffekten der Onlinetherapie zeigen, dass die Therapieeffekte über einen Zeitraum von 18 Monaten aufrechterhalten werden können (Knaevelsrud & Maercker, 2009; Wagner & Maercker, 2007). Bisher haben wir keine vergleichbaren Daten im Irak. Allerdings muss die Tatsache, dass dort nach wie vor Kampfhandlungen stattfinden und die Sicherheitslage in großen Teilen des Landes als kritisch zu beurteilen ist, berücksichtigt werden. Erneute traumatische Erfahrungen und die anhaltende Bedrohung könnten die langfristige Stabilität der Behandlungseffekte beeinträchtigen.

1.6 Schlussfolgerungen

Selbst unter idealen Bedingungen würde es Jahre brauchen, bis das irakische Gesundheitssystem einen Punkt erreicht, an dem es adäquate Hilfsangebote anbieten kann. Anhand der Erfahrung von Ilajnafsy kann davon ausgegangen werden, dass Internetberatung und Internetpsychotherapie geeignete Instrumente zur Vermittlung kulturell angepasster psychologischer Unterstützung sind. Der

Einsatz neuer Medien scheint eine reale Möglichkeit zu sein, den bisher unbeantworteten Bedarf im Bereich psychologischer Gesundheitsförderungen im NachkriegsIrak und potentiell auch anderen Nachkriegsgebieten Genüge zu tragen.

Danksagung:

Interapy unterstützt Ilajnafsy professionell und ideell. Finanziell wird das Projekt von Misereor, der Heinrich Böll Stiftung und dem Auswärtigem Amt gefördert..

Literatur

Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., et al. (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey. *World Psychiatry*, 8, 97-109.

Al-Jawadi, A., & Abdul-Rhman, S. (2007). Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: A cross sectional study. *BMC Public Health*, 7, 274.

Alkhuzai, A.H., Ahmad, I.J., Hweel, M.J., Ismail, T.W., et al. (2008). Violence-Related Mortality in Iraq from 2002 to 2006. *New England Journal of Medicine*, 358, 484-93.

Al-Krenawi, A., Graham, J.R., & Kandah, J. (2000). Gendered Utilization Differences of Mental Health Services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36, 501-511.

Al Obaidy, K., & Piachaud, J. (2007). While adults battle, children suffer: Future problems for Iraq. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, 394-395.

Al Sheibani, B.I., Hadi, N.R., & Hasoon, T. (2006). Iraq lacks facilities and expertise in emergency medicine. *BMJ*, 333, 847.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Burnham, G., Lafta, R., Doucy, S., & Roberts, L. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: A cross-sectional cluster sample survey. *The Lancet*, 368, 1421-1428.

Dwairy, M. (1998). Mental health in Arab society. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*, 10(13), 313-324. Oxford: Pergamon.

Hodge, D. R. & Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53, 31-41.

Ibrahim, A.S. & Ibrahim, R.M. (1993). Is psychotherapy really needed in nonwestern cultures? The case of Arab countries. *Psychological Report*, 72, 881-882.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online therapy for trauma patients? *Journal of Medical Internet Research*, Dec 19;8(4):e31.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7:13.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2009). Long-Term Effects of an Internet-Based Treatment for Posttraumatic Stress. *Cognitive Behavior Therapy*, Aug 12:1. [Epub ahead of print]

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

Knaevelsrud, C., Wagner, B., Karl, A. & Müller, J. (2007). New treatment approaches: Integrating new media in the treatment of war and torture victims. *Torture*, 17, 67-78.

Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 901-909.

Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L. & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *The Journal of the American Medical Association*, 298, 2141-2148.

Smith, T.C., Ryan, M.A., Wingard, D.L., et al. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*, 336, 366-371.

Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Internet-based cognitive-behavioural therapy (INTERAPY) for complicated grief: A controlled evaluation. *Death Studies*, 30, 429-453.

Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcome of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 156-161.

Wagner, B. & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 625-629.