

**Interapy – eine internetbasierte Behandlung posttraumatischer
Belastungsstörungen (PTB)**

Christine Knaevelsrud

Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Alfred Lange

Abteilung für Klinische Psychologie, Universität Amsterdam (UVA)

Amsterdam, Niederlande

**Please note: this manuscript is in press and will appear in In: Maercker
& Rosner (eds.), *PT der posttraumatischer Belastungsstörungen*. Stuttgart:
Thieme Verlag. Please respect the copyright.**

Korrespondenz:

Christine Knaevelsrud, Ph.D.

Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin

Haus K, Eingang C, Turmstr. 21, 10559 Berlin

Tel. 0049 (-30) 303 906 23

Fax: 0049 (-30) 306 143 71

Email: c.knaevelsrud@bzfo.de

Interapy – eine internetbasierte Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen

In den letzten Jahren wurden verschiedene wirksame Therapieansätze zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (PTB) entwickelt (Zoellner, Feeny, Cochran, & Pruitt, 2003). Die Symptomatik der PTB wird vor allem durch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten von Stimuli und Situationen, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden und durch ungewollte Intrusionen in Form von Alpträumen oder lebensechten Tagträumen charakterisiert. In einer Reihe empirischer Studien (zusammengefasst in einer Metaanalyse von Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005) hat sich wiederholt gezeigt, dass sich insbesondere kognitiv-behaviorale Ansätze als sehr wirksam in der Behandlung von PTB erweisen. Allerdings kann ein substantieller Anteil derer, die an PTB leiden, nicht von den herkömmlichen Therapieangeboten profitieren. Patienten mit eingeschränkter Beweglichkeit und solche die in entlegenden Gebieten wohnen haben häufig nur sehr begrenzten Zugang zu therapeutischen Versorgungsstrukturen. Zudem sind traumatische Erlebnisse regelmäßig mit intensiven Scham- und Schuldgefühlen verbunden (Kubany, Haynes, Abueg, & Brennan, 1996). Dies kann zur Folge haben, dass Patienten aus Angst vor Stigmatisierung und Abwertung Schwierigkeiten haben können ihre Hemmungen bezüglich einer Psychotherapie zu überwinden. Für solche Patienten könnte eine internetbasierte Therapie (Interapy) eine mögliche Behandlungsalternative darstellen. Dieser Beitrag soll das Behandlungskonzept von Interapy vermitteln,

eine Übersicht bisheriger Wirksamkeitsstudien bieten und spezifische Aspekte der internetbasierten Therapie - wie zum Beispiel die Qualität der therapeutischen Beziehung online - beleuchten. Als Einführung wird zunächst ein kurzer Überblick über die Nutzung neuer Medien bei der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen gegeben, um dann detailliert auf den Behandlungsansatz von Interapy einzugehen.

1. PTB und die neuen Kommunikationsmedien

Im Internet finden sich eine Vielzahl Webseiten, die sich ausschließlich Themen wie Trauer, Suizid, sexuellem Missbrauch bzw. Vergewaltigung und tödlichen Krankheiten widmen (für eine Übersicht wird auf Eichenberg & Schmitt, 2001 verwiesen). Gewöhnlich bieten diese Webseiten themenbezogene Informationen und bieten Diskussionsforen, in denen individuelle Erfahrungen ausgetauscht werden können. Offensichtlich nutzt eine erhebliche Anzahl Betroffener diese Medien, zur Erfahrungsbewältigung. Das Internet bietet eine geschützte Umgebung in der die Teilnehmer/Betroffenen das Maß an geteilter Intimität gut kontrollieren und regulieren können. Diese Art der Kommunikation reduziert das soziale Risiko und Hemmungen und fördert das Offenbaren schmerzhafter Erfahrungen oder schambesetzter Gedanken (Hopps, Pepin, & Boisvert, 2003; Suler, 2001b; Walther, 1996). Van de Werker und Prigerson (2004) präsentierten erste Daten bezüglich eines protektiven Effekts der Internetnutzung beziehungsweise des Email-Austausches bei Trauernden ($N= 293$). Die Autoren untersuchten den Umfang der internetbasierten Kommunikation nach dem Verlust einer nahestehenden Person zu verschiedenen Zeitpunkten und fanden einen protektiven Effekt der Internetnutzung

bezüglich sekundären psychischen Störungen und eine Verbesserung der Lebensqualität.

Erst seit kurzer Zeit wird das therapeutische Potential, dass das Internet bietet, auch von der therapeutischen Gemeinschaft erkannt (für eine Übersicht wird verwiesen auf Knaevelsrud, Jäger, & Maercker, 2004). Die Entwicklungen der Kommunikationstechnologie verbunden mit der rasanten Verbreitung des Internets bieten eine exzeptionelle Gelegenheit den Kontakt von Heilberufler und Patienten zu erleichtern. In den letzten Jahren wurden Computer auf verschiedene Weise bei der Behandlung von PTB eingesetzt. Es existieren erste Studien zum Einsatz von virtueller Realität sowie internetbasierten Schreibtherapien. Bisher wurden zwei Studien zum Einsatz von virtuellen Umgebungen publiziert, in denen Patienten mit Szenen der ursprünglichen traumatischen Situation konfrontiert wurden (Difede & Hoffman, 2002; Rothbaum et al., 2001). In diesen Studien zeigten sich erste positive Ergebnisse, die für eine weitere Erforschung der Einsatzmöglichkeiten dieser Medien sprechen. Litz, Williams, Wang, Bryant, und Engel (2004) entwickelten ein Therapeut-gestütztes Selbsthilfe-Verfahren zur Behandlung von PTB. Dieses umfasst eine angepasste Version des Stressimpfungstrainings verbunden mit täglichen Hausaufgaben. Zusätzlich zu einem einmaligen face to face Kontakt wird dabei bedarfsweise Email- oder Telefonkontakt angeboten. Die Autoren berichteten, dass auf diesem Wege erheblich weniger Therapeutenressourcen benötigt wurden, als in Standard face to face Therapien. Allerdings wurde dieser Behandlungsansatz bisher noch nicht empirisch überprüft.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist Interapy das einzige empirisch überprüfte internetgestützte Therapieprogramm, das erfolgreich in der Behandlung von PTB eingesetzt wird. Lange und Kollegen (2001) waren Pioniere, als sie eine internetbasierte Therapie für PTB entwickelten, indem sie eine manual-basierte kognitiv-behaviorale Schreibtherapie mit internet-basierter Kommunikation verbanden. In Anlehnung an das kognitiv-behaviorale pathogenetische Modell umfasst Interapy Selbstkonfrontation, kognitive Umstrukturierung und „social sharing“ kombiniert mit umfangreicher Psychoedukation.

2. Die Entwicklung von Interapy

Die theoretische Grundlage für die Entwicklung von Interapy boten vorliegende experimentelle Studien zur Wirksamkeit von Schreibtherapien. Innerhalb der letzten 20 Jahre erfuhr die von Pennebaker und Kollegen entwickelte Schreibintervention und deren Effekte auf die geistige und körperliche Gesundheit zunehmend Aufmerksamkeit (Berry & Pennebaker, 1993; Harber & Pennebaker, 1992; Hughes & O’Heeron, 1987; Murray, Lamnin, & Carver, 1989; Pennebaker, 1993; Pennebaker, Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988; Pennebaker & Klihr-Beall, 1986; Petrie, Booth, Pennebaker, Davison, & Thomas, 1995). Diese Studien folgten gewöhnlich einem festen Prozedere. Die Teilnehmer schrieben in 4-5 aufeinanderfolgenden Sitzungen jeweils für 15-30 Minuten über das sie am stärksten belastende traumatische Ereignis in ihrem Leben. Abhängig von der jeweiligen Gruppenzuteilung wurden die Teilnehmer entweder instruiert, über das traumatische Ereignis einschließlich aller emotionalen Einzelheiten zu schreiben oder über ein neutrales Ereignis (z.B. wie sie ihre Tage verbringen), ohne dabei

über emotionale Details zu berichten. Zusammenfassend zeigte sich, dass sich gezeigt, dass sowohl unter gesunden Studenten die trauma-fokussierte Schreibintervention mit positiven Effekten auf die Gesundheit und Stimmung verbunden war (Pennebaker et al., 1988), als auch unter Häftlingen (Richards, Beal, Seagal, & Pennebaker, 2000) und Personen, die an Asthma oder rheumatischer Arthritis leiden (Smyth, Stone, Hurewitz, & Kaell, 1999). In einer Metaanalyse von 13 Studien berechnete Smyth (1998) eine Effektgröße von $d = .47$, was den Effekten einer üblichen Psychotherapie entspricht.

Im Rahmen des „Amsterdam Writing Project“ wurden verschiedene Formen strukturierter Schreibaufgaben zur Verarbeitung traumatischer Ereignisse auf ihre Wirksamkeit untersucht und inhaltlich analysiert (Schoutrop, Lange, Brosschot & Everaerd, 1997a, b). Zur Überprüfung des Nutzens von Schreibtherapien in einem klinischen Kontext, wurde dabei die Schreibintervention stärker an die klinische Praxis angepasst, als in den zuvor beschriebenen Studien. Die Patienten erhielten genaue Instruktionen hinsichtlich der Art und Weise wie, der Räumlichkeiten in denen, der Häufigkeit und des Zeitraumes in dem sie schreiben sollten. Imaginative Exposition (Selbstkonfrontation) wurde eingesetzt, um es den Patienten zu ermöglichen, sich mit den sensorischen Wahrnehmungen, Emotionen und Gedanken, die sie normalerweise vermieden hatten, auseinanderzusetzen. Im Rahmen der kognitiven Neubewertung sollten dysfunktionale automatisierte Gedanken infrage gestellt und ursprüngliche Fehlattritionen in bezug auf das traumatische Ereignis erkannt werden. In fünf face to face Sitzungen besprachen Therapeut und Patient im nachhinein die Auswirkungen des Schreibens auf den

Patienten. Es zeigte sich, dass vor allem die wiederholte Äußerung von schmerzhaften Gefühlen eine effektive Komponente der Behandlung darstellte. Zusätzlich berichteten die Patienten, dass sie durch das Schreiben neue Einsichten bezüglich der traumatischen Erfahrung und deren Einfluss auf ihr derzeitiges Leben gewinnen konnten. Als hilfreich bei der Verarbeitung der traumatischen Erfahrung erwies sich die erlebte Selbstwirksamkeit und Kontrolle des Patienten. So bestimmten die Patienten durch das Verfassen der Texte selbst das Tempo und die Intensität der Konfrontation und verminderten dadurch eine zu große Abhängigkeit vom Therapeuten.

Diese Erkenntnisse aus der strukturierten Schreibtherapie wurden zum Entwurf eines dreiphasigen Therapieprotokolls (Konfrontation, kognitive Umstrukturierung, social sharing) genutzt, dass die Behandlung posttraumatischer Belastungsreaktionen und pathologischer Trauer über das Internet ermöglicht.

2.1 Interapy: Anmeldung und Webseite

Die Interapy-Behandlung findet ausschließlich über das Internet statt und wird nach einem festgelegten Manual durchgeführt. Eine Internetseite (www.interapy.nl) bietet Informationen über eventuelle Auswirkungen psychologischer Traumata, mögliche Behandlungsansätze sowie über die Interapy-Behandlung und das Behandlungsteam. Interessierte, die sich bei Interapy anmelden möchten, verfassen zunächst eine kurze Beschreibung des traumatischen Ereignisses, worauf sich ein Online-Screening (ausführlich beschrieben unter 2.3) anschließt. Wird ein Klient

zur Behandlung zugelassen, erhält er eine Informationsbroschüre zur technischen Anwendung des „Interapy“-Systems, einen Begleitbrief, der Informationen darüber bietet, wo und wann sich die Klienten in das System „einloggen“ können, sowie eine Einverständniserklärung, die unterschrieben zurückgeschickt werden muss.

2.2 Die Internetseite (www.interapy.nl)

Um die Kommunikation über das World Wide Web zu ermöglichen, wurde eine interaktive Webseite entwickelt. Die Webseite besteht aus einem Teil für Klienten (Psychoedukation, Fragebogenkatalog, der die Selektion der geeigneten der Patienten gewährleisten soll, Messungen der Behandlungseffekte anhand von Fragebögen und die Behandlung selbst, d.h. das Schreiben von Essays und Erhalten von Rückmeldungen) und einem weiteren Teil für Therapeuten, der zusätzlich noch administrative Aspekte beinhaltet. Die Webseiten von „Interapy“ sind systemunabhängig, das heißt, sie sind mit jedem gängigen Computer-System (Unix, Windows, Macintosh) und mithilfe jeder neueren Version der üblichen Webbrowser (wie Netscape (3.0, 4.0) oder Microsoft Internet Explorer (ab Version 4.0)) zugänglich. Mit der Webseite ist eine Datenbank verbunden, in der alle „Interapy“-Daten gesichert werden (für technische Details wird auf Lange, van de Ven, Schrieken, Bredeweg, & Emmelkamp, 2000 verwiesen).

2.3 Teilnahmevoraussetzung

Zuerst wird anhand von Fragebögen untersucht, ob Interapy eine geeignete Behandlungsalternative für den Patienten darstellt. Teilnahmebedingung für die Interapy Behandlung ist mindestens eine traumatische Erfahrung, die zu dem Zeitpunkt der Untersuchung mindestens drei Monate zurückliegt und noch immer erhebliche Beschwerden verursacht. Menschen, die schwer depressiv oder suizidal sind, die stark dissoziieren oder psychotische Tendenzen zeigen sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Das gleiche gilt für Personen, die unter 18 Jahre alt sind, in starken Maße Alkohol- und Drogen konsumieren oder sich gleichzeitig in anderer psychotherapeutischer Behandlung befinden. Wird ein Klient aufgrund dieser Kriterien nicht zu der Behandlung zugelassen, wird er online über die dafür bestehenden Gründe aufgeklärt und erhält Information bezüglich möglicher Behandlungsalternativen.

Die Behandlung findet ausschließlich über die interaktive Webseite statt. Im Falle dringender Fragen oder technischer Probleme besteht die Möglichkeit, die Therapeuten zusätzlich über Email oder Telefon zu erreichen.

2.4 Das Interapy Behandlungsmanual

Die Behandlung besteht aus zehn strukturierten Schreibaufgaben à 45 Minuten, die auf fünf Wochen verteilt sind. Die Behandlung erfolgt in drei Phasen. Zu Beginn jeder Phase bestimmen die Teilnehmer, zu welchen Terminen sie schreiben möchten. Den Patienten wird empfohlen, die Schreibtermine nicht zu spät auf den Abend zu legen und sich eine Möglichkeit zu überlegen, wie sie sich im Anschluss an die Schreibsitzung entspannen möchten. Während der Schreibsitzung sollen die

Patienten die Haustierklingel und das Telefon leise stellen, um möglichst ungestört schreiben zu können und ein Erinnerungsstück (Photo, Zeitungsausschnitt etc.) in Sichtweite platzieren, um sich möglichst gut in die vergangene traumatische Situation zurückzusetzen. Nach einer Schreibeinheit á zwei Texten erhalten die Patienten innerhalb eines Werktages Rückmeldung und Instruktionen für die nächsten Schreibaufgaben.

Phase I: Selbstkonfrontation

Imaginative Exposition (auch Exposition in sensu genannt) beinhaltet üblicherweise das Anleiten des Patienten zu einem intensives Erinnern des traumatischen Ereignisses. Dies wird durch Fokussierung auf die Emotionen, Gedanken und körperlichen Sensationen, die während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden, erreicht. Alternativ kann als Stimulus auch eine Tonbandaufnahme (Vaughan & Tarrier, 1992), eine virtuelle Umgebung (computeranimierte Realitäten) (Difede & Hoffman, 2002; Rothbaum, Hodges, Ready, Graap, & Alarcon, 2001) oder - wie im Fall von Interapy - wiederholtes, detailliertes Aufschreiben der traumatischen Erfahrung eingesetzt werden (Lange et al., 2003b, Resick & Schnicke, 1993; Schoutrop, Lange, Brosschot, & Everaerd, 1997a).

Die erste Phase der Interapy Behandlung umfasst vier Texte, in denen der Patient das traumatische Ereignis detailliert beschreibt. Personen, die mehrfache Traumata erlebt haben, werden gebeten, das schmerzhafteste oder das Ereignis auszuwählen, welches am kürzesten zurückliegt. Im Mittelpunkt steht hierbei die Konfrontation mit den schmerzhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen. Um den Effekt

der Selbstkonfrontation zu verstärken, schreiben Patienten im Präsens und in der ersten Person. Zudem werden sie angeleitet, alle sensorischen Details des traumatischen Ereignisses einschließlich der olfaktorischen, auditiven und visuellen Einzelheiten zu beschreiben. Die Patienten werden instruiert, ohne Rücksicht auf Ausdruck, Grammatik, Rechtschreibung oder Chronologie der Ereignisse zu schreiben.

Phase 2: Kognitive Umstrukturierung

Mittelpunkt der kognitiven Umstrukturierung ist die Veränderung von unangemessenen mit den Trauma verbundenen Gedanken. Ziel ist die kognitive Neubewertung der traumatischen Erfahrung durch eine hilfreichere und realistischere Haltung zum Erlebten. Ähnlich wie bei der Exposition bestehen auch in diesem Fall verschiedene Techniken der kognitiven Umstrukturierung (für eine Übersicht wird verwiesen auf Wilken, 2003). Bei der Interapy Behandlung werden Patienten aufgefordert, einen unterstützenden Brief an einen fiktiven Freund zu schreiben, der das gleiche erlebt hat und mit denselben Gefühlen kämpft wie der Patient selbst. Hierbei soll der Patient auf Fragen eingehen wie z.B.: „Hätte ihr Freund zuvor wissen können was passieren wird?“ oder „Wer war schuld an dem Ereignis?“. Gleichzeitig wird erfragt, ob es möglicherweise auch positive Auswirkungen des Ereignisses gab und der Betroffene dadurch vielleicht etwas gelernt haben könnte. Auf diese Weise soll der Patient die eigenen automatisierten Gedanken in Frage stellen, um so eine neue Perspektive auf das Trauma einnehmen zu können und das Gefühl der Kontrolle wieder zurückzugewinnen.

Phase 3: Social Sharing

In der abschließenden Phase steht das „social sharing“ (andere teilhaben lassen) im Vordergrund. In den beiden letzten Schreibaufgaben verfassen die Teilnehmer einen Brief, in dem sie von ihrer traumatischen Erfahrung Abschied nehmen und damit Abstand gewinnen sollen. Diesen Brief richten sie an eine nahestehende Person, an jemanden, der im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung steht oder an sich selbst. Dabei geht 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 Klienten ermutigt werden, frei heraus zu schreiben, achten die Therapeuten in dieser letzten Phase auch auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Wichtigkeit dieses Briefes zu unterstreichen.

In Abbildung 1 wird der Ablauf von Interapy schematisch dargestellt.

- Abb. 1 bitte hier einfügen –

2.5 Bisherige Interapy-PTB Wirksamkeitsstudien

Zur Wirksamkeitsüberprüfung von Interapy wurden in den Niederlanden bisher eine unkontrollierte (Lange et al., 2000) und zwei randomisierte Kontrollstudien durchgeführt (Lange et al., 2001; Lange et al., 2003b). Die unkontrollierte Studie

umfasste $N= 20$ Studenten, die von traumatischen Lebensereignissen berichteten und posttraumatische Belastungsreaktionen zeigten. Zum Behandlungsende zeigten die Teilnehmer signifikante Verbesserungen bezüglich der posttraumatischen Belastungssymptomatik und dem allgemeinen psychologischen Funktionieren. Die erste randomisierte Kontrollstudie wurde ebenfalls mit Studenten ($N= 30$) durchgeführt. Nach Behandlungsabschluss wurde eine starke Reduktion der posttraumatischen Belastungssymptomatik mit hohen Effektstärken ($d= 1.50$ bzgl. Vermeidung und $d= 1.99$ bzgl. Intrusionen) registriert. Ähnliche Werte wurden hinsichtlich der Abnahme allgemeiner Psychopathologie festgestellt (Effektstärken bzgl. Ängstlichkeit $d= 1.23$, Depression $d= 1.28$, und Somatisierung $d= 1.25$). In der Kontrollgruppe wurden keine signifikanten Verbesserungen gemessen. Die zweite randomisierte Kontrollstudie umfasste eine klinischen Stichprobe mit $N= 101$ (Lange et al., 2003b). Die bisherigen positiven Ergebnisse konnten dabei reproduziert werden, signifikante Verbesserungen auf allen gesundheitsbezogenen Messungen wie Depressivität, Angst und körperliche Gesundheit wurden festgestellt. Zusätzlich berichteten die Teilnehmer über eine signifikante Abnahme der traumabezogenen Symptomatik wie Intrusionen und Vermeidung. Bei der ersten cross-kulturellen Studie, in der Interapy-PTB in einer deutschsprachigen Stichprobe untersucht wurde, konnten die niederländischen Ergebnisse weiter untermauert werden (Knaevelsrud & Maercker, 2005). Im dreimonatigen und 1,5 Jahre Follow-up Zeitraum zeigten sich die Therapie-Effekte stabil. Bemerkenswert ist, dass die Patienten sowohl in den niederländischen als auch in der deutschen Studie eine vergleichsweise starke Symptombelastung zeigten, also keineswegs als „leicht“ traumatisiert bezeichnet werden konnten. Zudem war der Verlauf der

Störung bei einem Großteil der Patienten chronisch. In der niederländischen Studie (Lange et al., 2003) lag das traumatische Ereignis durchschnittlich neun Jahre zurück, in der deutschen Studie durchschnittlich zehn Jahre.

2.6 Prädiktoren des Therapieerfolges von Interapy

Eine Reihe potentieller Prädiktoren des Therapieoutcomes wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, allgemeines psychisches Funktionieren, vergangene Zeit seit dem Trauma, ob das Trauma Folge interpersoneller Gewalt (man-made) war, oder ob über das Trauma vor der Therapie schon mit anderen gesprochen wurde wurden untersucht (Lange, Schrieken, Van de Ven, and Emmelkamp, 2004). Es zeigte sich, dass Patienten, die vor der Behandlung bisher noch nicht über ihr Trauma gesprochen hatten, zu einem höheren Maße von der Behandlung profitierten (14% Varianzaufklärung der PTB Symptomatik nach der Behandlung). Die Intentionalität der traumatischen Erfahrung wurde als weiterer Prädiktor identifiziert. Diejenigen Patienten, die ein durch andere Personen beabsichtigtes Trauma (man-made disaster) wie zum Beispiel Vergewaltigung oder Körperverletzung erlebt hatten, erfuhren eine stärkere Symptomerleichterung als Personen, die Opfer von Naturkatastrophen waren oder eine nahestehende Person verloren haben (19% Varianzaufklärung). In einer vorhergehenden Studie wurde gezeigt, dass bisherige Computererfahrung keine Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung darstellte (Lange et al., 2000). Der Therapieerfolg der Teilnehmer mit wenig oder keiner Interneterfahrung war vergleichbar mit Teilnehmern, die über umfangreiche Interneterfahrung verfügten.

Auch die Rolle der therapeutischen Beziehung wurde als potentieller Prädiktor überprüft. Die Qualität der frühen therapeutischen Beziehung, die in konventionellen Therapieformen wiederholt als Prädiktor des Therapieerfolges identifiziert worden war, steht bei Interapy nur in geringem Zusammenhang mit dem Therapieresultat (Knaevelsrud & Maercker, 2005). Allerdings können methodische Gründe (wie z.B. ein restricted range aufgrund der durchgängig hohen Bewertung der therapeutischen Beziehung) als mögliche Erklärung für diesen Befund bisher nicht ausgeschlossen werden (für eine ausführliche Diskussion wird verwiesen auf Knaevelsrud & Maercker, 2005).

2.7 Besonderheiten der Kommunikation bei Interapy

Die inhaltliche Ausrichtung von Interapy entspricht den Grundsätzen einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und ist zum großen Teil vergleichbar mit einer konventionellen KVT. Einen zentralen Unterschied stellt allerdings die Art der Kommunikation dar. Bei der konventionellen Psychotherapie sehen sich Therapeut und Patient, teilen denselben Raum und befinden sich im direkten (zeitgleichen) verbalen und nonverbalen Austausch. Interapy beinhaltet schriftliche (zeitversetzter) Kommunikation, geographische Distanz und visuelle Anonymität.

2.7.1 Umgang mit und Auswirkung der Absenz visueller und sozialer Signale

Durch die Abwesenheit eines physischen Bildes und das Fehlen sozialer und nonverbaler Signale, wie z.B. Augenkontakt, Körpersprache oder Nuancen in der Intonation ist die Kommunikation bei Interapy stark sinnreduziert. Die Schrift, die

sich auf dem Computerbildschirm zeigt, ist der ausschließliche Schnittpunkt zwischen Therapeut und Patient. Anspannung, die sich z.B. in der Körperhaltung zeigt, Erschöpfung, Nervosität, also Hinweise, die entweder zur Bestätigung oder zum Infragestellen verbaler Informationen dienen könnten, bleiben hinter dem Bildschirm verborgen. Die eingeschränkte Möglichkeit zur unmittelbaren Reaktion auf nonverbale Signale des Patienten, kann zur Folge haben, dass Verzerrungseffekte wie Missverständnisse oder Verstimmungen auf Seiten des Gegenübers schwieriger zu bemerken und zu korrigieren sind. Um diese Gefahr zu reduzieren, erscheint es bedeutsam, dass sich der Therapeut dem Ausdruck und Stil des Patienten so weit wie möglich anpasst, häufig zusammenfasst und Reaktionen verbal wesentlich expliziter formuliert (Lange et al., 2003a). Es hat sich gezeigt, dass die Patienten das Defizit an nonverbaler Kommunikation mit mediumimmanenten Mitteln kompensieren können, zum Beispiel durch eine Variation des Schrifttyps oder des Bildschirmhintergrundes (Fenichel, 2002) oder dadurch, dass wichtige emotionale Information in Klammern beigefügt werden (Murphy & Mitchell, 1998). Um zu verhindern, dass ein unzureichend definierter Kontaktmodus zu substantiellen Kommunikationsstörungen und Belastungen führen könnte, wird bei Interapy die Kommunikationsfrequenz und -form (z.B. Kontakthäufigkeit, Umfang, Schnelligkeit der Antworten) verbindlich vorgegeben.

Die Abwesenheit des direkten Kontaktes birgt möglicherweise auch neues therapeutisches Potential. Die visuelle Anonymität der Teilnehmer erlaubt im Allgemeinen ein höheres Maß an Offenheit, Aufrichtigkeit und Intimität (Walther, 1996). Suler (2000) bezeichnete dieses Phänomen als Enthemmungseffekt

(disinhibition effect) und impliziert damit ein reduziertes Erleben von Schamgefühlen. Dieser Effekt ermöglichte es den Patienten - insbesondere wenn Schuld- und Schamgefühle im Vordergrund stehen, wie bei vielen PTB Patienten der Fall ist - sehr schnell „zum Punkt zu kommen“. Soziale Barrieren aufgrund von äußeren Merkmalen seien zudem nicht relevant.

2.7.2 Verschiebung der traditionellen Machtverhältnisse

Im Vergleich zur traditionellen Therapie, hängt der Informationsfluss zwischen den Therapiepartnern bei Interapy zu einem weitaus größeren Teil davon ab, inwiefern die Therapieteilnehmer gewillt und in der Lage sind, ihren emotionalen Zustand in Worte zu fassen. Interapy fordert vom Patienten eine aktivere Teilnahme am therapeutischen Prozess. Der Patient ist in der Lage, die Kontaktaufnahme und -führung selbst zu gestalten und zu modifizieren und erhält die Möglichkeit zur Erprobung zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung (Eidenbenz, 2003). Durch das Schreiben ist außerdem ein hohes Maß an Freiheit bezüglich der Themenauswahl, der Ausgestaltung und der Schwerpunktsetzung gegeben. Der Patient entscheidet selbst in welchem Tempo und in welcher Intensität er arbeiten möchte, wodurch er maximale Autonomie und Handlungskontrolle bewahrt. Das hat zur Folge, dass die Machtgewichtung in der therapeutischen Beziehung ausgeglichener wird (Murphy & Mitchell, 1998; Cohen & Kerr, 1998).

Eine kritische Facette dieser Selbstbestimmtheit kann sich allerdings in Vermeidungsverhalten äußern, welches im Internet eher schwierig zu erfassen ist. Meldet sich ein Patient nicht oder bearbeitet er die gestellten Aufgaben nicht, kann das selbstverständlich immer auch technische Probleme zur Ursache haben. Zur

Sicherung der Kontinuität und Verbindlichkeit im Kontakt, wird auch für diesen Fall der Kontaktmodus vor Beginn der Behandlung verbindlich definiert. Das bedeutet, dass der Therapeut nach einer bestimmten Anzahl Tagen, nach denen sich der Patient nicht gemeldet hat, telefonischen Kontakt aufnimmt. Ähnlich wie im face to face Kontakt ist es in diesem Fall wichtig, die Ursachen des Verhaltens möglichst nicht konfrontierend zu explorieren. Die Psychoedukation der Patienten bezüglich des Phänomens der „Vermeidung“ im therapeutischen Prozess und die Betonung und Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sind Möglichkeiten, diesem Problem zu begegnen. Allemann (2002) zufolge liegt die zentrale Herausforderung der internetbasierten therapeutischen Arbeit in der Anerkennung der selbstbestimmten Kontrolle des Patienten über das Ausmaß seiner Selbstöffnung und Ehrlichkeit.

Neben den Schreibinstruktionen enthält das Interapy-Protokoll Anweisungen für die Therapeuten, wie sie ihre Patienten motivieren können. Das bedeutet, die Therapeuten arbeiten primär mit positiven Verstärkern, also unterstützend, ressourcenorientiert und mit verschiedenen Motivierungstechniken. Die Patienten erhalten explizite und positive Rückmeldungen und häufige Zusammenfassungen ihrer Ausführungen und werden ermutigt Fragen und Zweifel zu äußern. Dies entspricht den Ergebnissen von King, Engi und Poulos (1998), die anhand ihrer Erfahrungen mit internetbasierten Familientherapien die Notwendigkeit einer aufmerksamen, freundlichen und empathischen Haltung des Therapeuten betonten.

2.7.3 Zeitversetzte Kommunikation

Ein positiver Aspekt der asynchronen, also zeitverzögerten Kommunikation bei Interapy besteht darin, dass sowohl Patient als auch Therapeut ausführlich die vorherige Korrespondenz reflektieren können und nicht, wie bei einer therapeutischen Sitzung, unter dem Druck stehen, unmittelbar reagieren zu müssen (Grohol, 1999). Für die Therapeuten beinhaltet dies die Möglichkeit, schriftliche Reaktionen zuvor mit Kollegen besprechen und sorgfältig vorformulieren zu können. Damit hat auch der Supervisor die Möglichkeit, den gesamten therapeutischen Prozess anhand der ausgetauschten Texte verfolgen zu können. Somit entsteht ein erweiterter Reaktionsspielraum und die Möglichkeit zur intensiven Supervision. Außerdem kann der Therapeut die Konfrontation mit dem geschriebenen Material selbst regulieren d.h. den Zeitpunkt des Lesens wählen und/oder Pausen dabei einlegen. Möglicherweise kann dadurch die intensive Belastung der Therapeuten infolge der Konfrontation mit den traumatischen Berichten reduziert werden. Vorläufige Studienergebnisse geben erste Hinweise eines potentiell protektiven Aspekts hinsichtlich einer möglichen sekundären Traumatisierung für Therapeuten (Dijk und Verkuil, 2000).

2.7.4 Dokumentation des therapeutischen Prozesses

Ein Vorteil des Schreibens über eine traumatische Erfahrung ist, dass die Klienten in ihrem eigenen Tempo und ihrer eigenen vertrauten Umgebung arbeiten können. Das führt dazu, dass die Klienten selbst die Kontrolle über den Bewältigungsprozess haben und in einem geringeren Maße von Ihrem Therapeuten abhängig sind. Zudem wird den Patienten die Möglichkeit zur intensiven Selbstbeobachtung und Veranschaulichung seines eigenen Entwicklungsprozesses gegeben, da er den

gesamten therapeutischen Prozess anhand der verfassten Texte beider Therapieteilnehmer jederzeit retrospektiv verfolgen kann. Der Prozess des Schreibens fördert die Reflektion, was wiederum einen zentralen Faktor des Veränderungsprozesses darstellt. Auch nach Abschluss der Therapie können die geschriebenen Texte als „Rückfallprävention“ genutzt werden (Murphy & Mitchell, 1998). Patienten können sowohl ihre eigenen Texte als auch die Anregungen und Kommentare ihrer Therapeuten wiederholt lesen, um sich so ursprünglich erarbeitete Handlungsalternativen und Perspektivenwechsel wieder ins Bewusstsein zu bringen.

2.8 Die therapeutische Beziehung bei Interapy

Die Qualität und Relevanz der therapeutischen Beziehung im Internet wurde erstmals im Rahmen von Interapy untersucht (Knaevelsrud & Maercker, 2005). Anhand des Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989) einem Standardinstrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung in face to face Therapien, wurde die Qualität der therapeutischen Beziehung nach der vierten und der letzten Schreibsitzung erfasst. Es zeigte sich, dass die therapeutische Beziehung sowohl von Patienten als auch von Therapeuten als sehr positiv bewertet wurde. Nach der vierten Schreibsitzung bewerteten Patienten auf einer Skala von 1-7 die Beziehung durchschnittlich mit einem Wert von 5.8. Diese Bewertung verbesserte sich im Laufe der Therapie nochmals signifikant. Als weiterer Indikator für die Stabilität der therapeutischen Beziehung wurde die Rate der Therapieabbrecher herangezogen. Sechzehn Prozent der Patienten beendeten die Therapie vorzeitig. Dies ist im Vergleich zu anderen traumafokussierten

Therapieansätzen gering. Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, (1991) berichteten über Abbruchraten bis zu 28 %. Auch auf spezifische Fragen zur internetbasierten Kommunikation antworten Interapy-Teilnehmer größtenteils positiv (siehe Tabelle 2).

-hier bitte Tabelle 1 einfügen-

Bisher gibt es kaum Erklärungsmodelle hinsichtlich der Beziehungsgestaltung im Internet. Einen ersten Ansatz, Kommunikationsverhalten am Computer zu beschreiben und zu erklären, lieferte Walther (1996) mit seiner Theorie des Hyperpersonalen. Er argumentierte, das Fehlen von visuellen und auditiven Informationen könnte man möglicherweise auch einen Zusammenhang mit intensiveren Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen haben. Walther zufolge führen die Absenz eines physischen Bildes des Gesprächspartners und der zeitverschobene Charakter der Kommunikation zu einer vergleichsweise stärkeren Anonymität. Das könnte zu einer wechselseitigen Idealisierung der Kommunikationspartner führen, verbunden mit einem insgesamt positiveren und intimeren Informationsaustausch. Bisher sind in diesem Bereich allerdings kaum empirische Nachweise erbracht worden.

2.9 Anwendungsbereiche Interapy

Interessant erscheint die Anwendbarkeit von Interapy bei besonderen Lebensumständen, die eine herkömmliche face to face Therapie erschweren. Interapy bietet eine therapeutische Versorgungsmöglichkeit für Menschen, die häuslich z.B. durch eine körperliche Behinderung gebunden sind oder solche, die im

Rahmen ihres Berufes zu mobil für eine ortsgebundene Therapie sind. Auch für sprach- oder hörbehinderte Menschen oder Menschen, die Angst vor einer Stigmatisierung durch den Besuch einer psychotherapeutischen Praxis haben oder aufgrund von geographischen Faktoren keinen Zugang zum therapeutischen Versorgungssystem haben, könnte eine Interapy eine leicht verfügbare Alternative bieten.

In einer Umfrage von Metanoia (1999) gaben ein 70% der circa 450 Befragten, die ein Online-Therapieangebot wahrgenommen hatten, an dass es sich hierbei um ihren ersten psychotherapeutischen Kontakt handelte. Beachtlich ist, dass fast 65 % dieser Patienten im Anschluss den Kontakt zu einem ambulanten Therapeuten aufnahmen. Diese Daten deuten darauf hin, dass das therapeutische Online-Angebot nicht in erster Linie eine direkte Konkurrenz für niedergelassene Therapeuten bedeuten muss, sondern vielmehr potentiell eine bisher unterversorgte Klientel erreicht wird.

2.10 Grenzen der Interapy

Interapy ist weder für jeden Patienten noch für alle Therapieformen geeignet. Manche Patienten ziehen den Kontakt von Angesicht zu Angesicht dem computerbasierten vor. Wie zuvor beschrieben werden bei Interapy umfassende Ausschlusskriterien angewandt. Es besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass eine Online-Therapie Patienten, die stark zu dissoziativen Bewusstseinszuständen neigen (z.B. in der PTB-Therapie), an Realitätsverlust leiden, Borderline-Symptome aufweisen, suizidal oder psychotisch sind, unzureichende Unterstützung bietet (Suler, 2001). Dennoch sind diese Richtlinien bisher empirisch nicht belegt und

werden teilweise in Frage gestellt (Ball, 1995; Bouchard et al. 2000; Zarate et al., 1997). Einigkeit besteht jedoch darüber, dass Suizidgefährdete nicht über das Internet behandelt werden sollten. Üblicherweise bestehen über das Internet kaum Möglichkeiten einer unmittelbaren Reaktion, insofern ist in einem solchen Fall eine direkte Begleitung vor Ort essentiell.

Auch wenn eine Therapie intensive Diskussionen erfordert und der Patient dazu tendiert, die therapeutische Beziehung wiederholt auf die Probe zu stellen, scheint eine internetbasierte Behandlung nicht geeignet zu sein (Lange, 2003a). Die Möglichkeit der zwischenmenschlichen Erfahrung ist stark eingeschränkt. Besonders im Falle von sozialen Defiziten bietet eine internetbasierte Therapie somit langfristig vermutlich kein ausreichendes Übungsfeld. Auch bei unklarer bzw. sehr komplexer Psychopathologie eignet sich das Internet nicht. Ein intensiver Explorationsprozess lässt sich in reiner Schriftform und ohne direkten Kontakt schwer gestalten, was zur Folge hat, dass das derzeitige Hilfsangebot ausschließlich auf eindeutig erfassbare Störungsbilder ausgerichtet ist.

Wiederholt geäußerte ethische (z.B. Diagnosestellung), juristische (z.B. mangelnde Sicherung der Daten) und pragmatische Bedenken (z.B., dass das Verfassen einer Mail erheblich mehr Zeit in Anspruch nimmt als die Übermittlung des Inhaltes in mündlicher Form) müssen geprüft und bei zukünftigen Therapieangeboten berücksichtigt werden.

Schlussfolgerung:

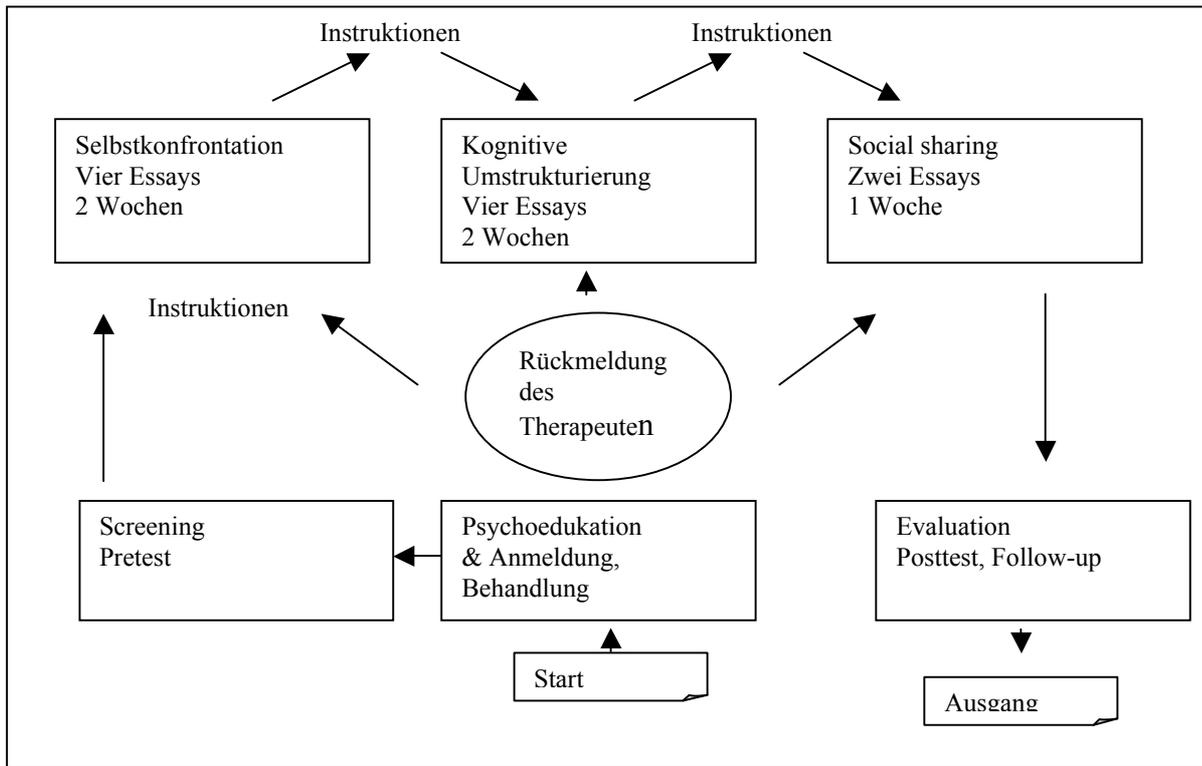
Die bisherigen Forschungsergebnisse haben die Wirksamkeit von Interapy bei posttraumatischen Belastungsreaktionen zuverlässig nachgewiesen. Interapy ist ein

Verfahren, dass gute Akzeptanz in der Bevölkerung erfährt. In den Niederlanden ist Interapy - inklusive der standardisierten Qualitätskontrolle anhand von Fragebögen - bereits integrierter Bestandteil der psychotherapeutischen Regelversorgung. Dennoch besteht noch erheblicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit einzelner Therapiekomponenten und deren optimaler Kombinierbarkeit. Auch die Relevanz und Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Internet ist bisher noch weitestgehend unerforscht. Allerdings zeigen die Ergebnisse von Interapy, dass auch über das Internet eine positive und stabile therapeutische Beziehung mit traumatisierten Patienten hergestellt werden kann.

Tabelle 1: Prozent positiver und negativer Beurteilungen hinsichtlich der Behandlung Interapy (Knaevelsrud & Maercker, 2005)

Fragen	Antworten	Prozent
Haben Sie in bezug auf Unterstützung und Anleitungen den direkten Kontakt (face to face) mit Ihrem Therapeuten vermisst?	Ja	17%
	Nein	60%
	Ich weiß nicht	12%
Wie haben Sie es erlebt, über das Internet anstatt in direktem Kontakt behandelt zu werden?	Angenehm	76%
	Unangenehm	5%
	Ich weiß nicht	19%
Welchen Charakter hatte der Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten?	Persönlich	86%
	Unpersönlich	2%
	Ich weiß nicht	12%

Abb. 1: Schematische Darstellung der „Interapy“-Behandlung (Lange et al., 2001)



Literatur: