

Persönliche PDF-Datei für Anne von Lucadou, Elisabeth Schramm

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen

DOI 10.1055/s-0043-106080
PSYCH up2date 2018; 12: 39–54

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2018 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 2194-8895

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

PSYCH *up2date*

1 · 2018

Affektive Störungen 4

Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen

*Anne von Lucadou
Elisabeth Schramm*

VNR: 2760512018154650634
DOI: 10.1055/s-0043-106080
PSYCH up2date 2018; 12 (1): 39–54
ISSN 2194-8895
© 2018 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Nebenwirkungen der neuen Antidepressiva F. Lenz, M. Bauer, P. Ritter Heft 6/2017

Traumatisierung und Depression U. Schweiger, V. Sipos, E. Fassbinder, J. P. Klein Heft 4/2017

Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression L. Sander, D. Ebert, H. Baumeister Heft 6/2016

Sport- und Bewegungstherapie bei Depression K. Henkel, A. Schweinoch, F. Schneider Heft 4/2016

Therapie der Manie J. Petzold, M. Bauer, E. Severus Heft 4/2016

Elektrokonvulsionstherapie M. Grözing Heft 2/2016

Anhaltende komplexe Trauerreaktion – ein neues Krankheitsbild? J. Steinig, A. Kersting Heft 5/2015

Depression im Alter M. Hüll, F. Bjerregaard Heft 4/2015

Depression in der Peripartalzeit – Diagnostik, Therapie und Prophylaxe A. Riecher-Rössler Heft 3/2015

Kognitive Defizite bei Depressionen und ihre Behandlung D. Roesch-Ely, M. Weisbrod, M. Bartolovic Heft 2/2015

Die atypische Depression C.-H. Lammers, M. Nagel Heft 1/2015

Störungsorientierte Behandlung der chronischen Depression nach dem CBASP-Konzept M. Kensche, U. Schweiger, J. Klein Heft 5/2014

Pharmakotherapie der Depression A. Engel, C. Hiemke, A. Tadić Heft 2/2014

Depressive Störungen bei Jugendlichen: Diagnostik und Therapie S. Naab, M. Hauer, U. Voderholzer, M. Hautzinger Heft 1/2014

Achtsamkeit als Rückfallprophylaxe bei Depressionen T. Heidenreich, K. Rohde, J. Michalak Heft 6/2013

Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen U. Lewitzka, E. Severus, M. Bauer Heft 4/2013

Chronobiologie: Licht- und Wochtherapie bei psychiatrischen Erkrankungen C. Cajochen Heft 3/2013

Burnout: eine zeitgemäße psychische Störung? A. Hillert Heft 6/2012

Behandlungsstrategien der therapieresistenten Depression S. Köhler, M. Bauer, M. Adli Heft 3/2012

Nebenwirkungen von Antidepressiva G. Hiller, U. Voderholzer Heft 3/2012

Psychodynamische Therapie der Depression D. Huber, G. Klug Heft 2/2012

Differenzialdiagnose bei Depression B. Heimbach, M. Hüll Heft 1/2012

Akutbehandlung der Manie J. Rentzsch, R. Ricken, M. Adli Heft 4/2011

Dysthymia P. Schönknecht, U. Hegerl Heft 4/2011

Postpartale psychische Störungen V. Dorsch, A. Rohde Heft 5/2010

Psychotherapie bipolarer Störungen T. Meyer, B. Bernhard Heft 4/2010

Neurobiologie depressiver Störungen B. Vollmayr Heft 1/2010

Grübeln und sich Sorgen: Neuere Forschungsergebnisse und Psychotherapieansätze A. Rischer, E. Wieser, J. Kornhuber Heft 1/2010

Stimulationstherapien bei affektiven Störungen jenseits der EKT S. Kayser, T. Schläpfer Heft 6/2009

Trauer H. Znoj Heft 5/2009

Psychopharmakologische Akutbehandlung der unipolaren Depression Ö. Başkaya, K. Lieb, A. Tadić Heft 5/2009

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/psych-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung

Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen

Anne von Lucadou, Elisabeth Schramm



Die Bedeutung sozialer Beziehungen für die psychische Gesundheit und die Bewältigung von Belastungen ist unumstritten. Darauf beruht das Grundprinzip der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Die IPT gehört zu den am besten untersuchten, evidenzbasierten Methoden in der Depressionsbehandlung. Das supportive, fokussiert-pragmatische und emotionsbezogene Vorgehen stellt eine gleich wirksame Alternative wie die Vorgehensweise bei der Kognitiven Verhaltenstherapie dar.

Einleitung

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen. Bei ca. 12% der Deutschen wird im Laufe ihres Lebens eine affektive Störung diagnostiziert. Die Lebenszeitprävalenz beträgt bei Frauen 15,4%, bei Männern 7,8% [1]. Der Bedarf an wirksamen störungsspezifischen Therapieverfahren ist dementsprechend hoch.

Die IPT wurde Ende der 1960er-Jahre von dem US-amerikanischen Psychiater Gerald Klerman und seinen Kollegen im Rahmen einer Multicenterstudie als Kontrollbedingung zur standardisierten medikamentösen Behandlung depressiver Episoden konzipiert [2–4]. Was als Experiment im Forschungskontext der ersten klinischen Wirksamkeitsstudie von Pharmako- und Psychotherapie begann, entwickelte sich zu einem der erfolgreichsten Psychotherapiemodelle in der Depressionsbehandlung [5–7]. Die Wirksamkeit des Ansatzes bestätigte sich

- für die Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depressionen,
- zur Prävention depressiver Episoden sowie
- zur Behandlung von Essstörungen und Angststörungen [5, 7].

Zwischenzeitlich wurde das schulübergreifende Modell auf der Grundlage fortgesetzter Forschung, aber auch wegen des wachsenden Bedarfs im Gesundheitswesen erweitert: zur Behandlung depressiver Störungen über die gesamte Lebensspanne (von Jugendlichen bis zu Patienten im hohem Lebensalter) und in verschiedenen Formaten (als Gruppentherapie, stationäres Programm, via Internet, etc.). IPT kommt außerdem modifiziert zum Einsatz bei anderen psychischen Erkrankungen wie Bipolaren Störungen, Essstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen sowie in verschiedenen Kulturkreisen (Überblick bei [8]).

Während die Methode im Forschungsbereich hohe Anwendung und Anerkennung fand, blieb eine entsprechende klinische Verbreitung im gleichen Ausmaß aus. Trotz der überzeugenden Evidenz und der Anerkennung der Relevanz der Methode für die Depressionsbehandlung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Jahr 2006 ist die IPT bisher nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen worden. Ein entsprechender Antrag liegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Daher wird die IPT bislang häufiger im stationären als im ambulanten Bereich angewandt.

Merke

Die Interpersonelle Psychotherapie ist eine zeitlich begrenzte und wirksame Psychotherapie. Sie gilt als Prototyp einer evidenzbasierten, störungsspezifischen Behandlungsmethode.

Auf der Basis zahlreicher Studien und Metaanalysen [5–7] wird die IPT in nationalen und internationalen Versorgungsleitlinien zur Behandlung unipolarer Depression empfohlen (siehe ► **Tab. 1**).

In einer früheren Ausgabe dieser Zeitschrift (Heft 1/2007) wurde die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) schon einmal ausführlich vorgestellt. Im aktuellen Beitrag geht es primär um die Anwendung der IPT im Jugendalter mit der sogenannten IPT-A (Adoleszente). Diese auf die speziellen Bedürfnisse depressiver Kinder und Jugendlicher angepasste Form der IPT erscheint besonders relevant aufgrund der positiven Wirksamkeitsnachweise [6] sowie der großen Nachfrage nach störungsspezifischen Depressionstherapien im Kinder- und Jugendbereich. Denn vor allem psychisch kranke Kinder und Jugendliche leiden unter den langen Wartezeiten und der unzureichenden Versorgung: Obwohl sie einen vergleichbaren Bedarf an Psychotherapie haben wie Erwachsene, ist nur

► **Tab. 1** Konsensus-Leitlinien, die IPT empfehlen (modifiziert nach [8]).

Diagnose	Leitlinie
Depression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ National Institute of Clinical Excellence (NICE) ▪ American Psychiatric Association (APA) ▪ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) ▪ World Health Organization (WHO) ▪ Royal Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines (RANZCP) ▪ Nationale Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression und zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF S3-Leitlinien)
Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APA
Bipolare Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APA ▪ CANMAT ▪ RANZCP

etwa die Hälfte von ihnen in fachlich angemessener Behandlung.

Zunächst wird das allgemeine IPT-Modell erläutert. Das Fallbeispiel einer IPT-A-Behandlung zieht sich zur Konkretisierung der theoretischen Inhalte als roter Faden durch diesen Artikel.

Beschreibung des Ansatzes der IPT

Die IPT ist ein zeitbegrenzt Verfahren, das direkt an den psychosozialen Lebensbezügen des Patienten ansetzt und nahestehende Personen systematisch in die Therapie einbezieht.

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Der Ursprung der Methode stützt sich auf die Ideen der interpersonellen Schule Sullivans, einem Schüler von Adolf Meyer, sowie auf die Bindungstheorie Bowlbys. Meyer betrachtete psychische Störungen als misslungenen Versuch, sich an veränderte Umweltbedingungen, insbesondere an psychosoziale Belastungen anzupassen. John Bowlby bezeichnete zwischenmenschliche Bindung als ein primäres biologisches Bedürfnis. Dessen Erfüllung dient als sichere Basis, um die innere und äußere Welt eines Individuums zu erforschen, und für psychisches Wohlbefinden im Allgemeinen. Mangelndes Vertrauen in die Verfügbarkeit von stabilen Bezugspersonen resultiert laut Bowlby in einem unsicheren Bindungsstil. Ein solcher kann es erschweren, enge und unterstützende Beziehungen einzugehen. Dies erhöht das Risiko, depressive oder andere psychische Störungen zu entwickeln – gerade wenn es gilt, kritische Lebensereignisse zu bewältigen. Auch der unbewältigte Abbruch bzw. Verlust bedeutensamer Bindungen kann zu depressiven Reaktionen führen.

PRAXIS

Grundlagen der IPT

Die IPT arbeitet mit der Bedeutung vertrauensvoller zwischenmenschlicher Beziehungen für die psychische Gesundheit. Sie gründet auf der Überzeugung, dass es zum Auftreten depressiver Störungen beiträgt, wenn wichtige Bindungen nicht vorhanden oder beeinträchtigt sind und zu einem Mangel an sozialer Unterstützung führen.

Basierend auf den theoretischen Hintergründen und empirischen Befunden wird bei der IPT der Behandlungsschwerpunkt auf die Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster des Patienten mit seinen Bezugspersonen gelegt.

Die IPT ist sowohl in der Entwicklung als auch in der Durchführung pragmatisch an empirischen Evidenzen ausgerichtet und wurde nicht aus einer bestimmten Ursprungstheorie heraus entwickelt [4]. Die Entwicklung der IPT fand auf Grundlage empirischer Befunde statt, wie z. B. zur Live-Event-Forschung, zur Social-Support- sowie zur Bindungsforschung. Der theoretische Hintergrund beruht auf der Bindungstheorie Bowlbys und der Interpersonellen Schule Sullivans.

Störungsmodell

Die Fokussierung der IPT auf depressionsrelevante Problemfelder beruht auf wissenschaftlichen Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Depressionen mit den folgenden Lebensbereichen am häufigsten in Verbindung stehen:

- unbewältigter Verlust von nahestehenden Menschen (Fokus: komplizierte Trauer)
- ungelöste Auseinandersetzungen (Fokus: zwischenmenschliche Konflikte)
- nicht bewältigte soziale Rollenveränderungen sowie Lebensveränderungen (Fokus: Rollenwechsel)
- Bindungsschwierigkeiten oder soziale Isolierung (Fokus: interpersonelle Defizite)

In den letzten Jahren wurde die Evidenz für einen 5. Fokus „Arbeitsstress“ [9] deutlich:

- Burnout-Erleben oder unbewältigte Belastungen bei der Arbeitsrolle (Fokus: Arbeitsstress)

Aus diesen 4 bzw. 5 Hauptproblembereichen wird individuell der Fokus ausgewählt, der den entscheidenden Beitrag zur depressiven Episode geliefert hat.

Die IPT geht von einer multifaktoriellen Ursache der Depression aus. Dabei werden biologische Faktoren, belastende Lebensereignisse und kritische Rollenübergänge berücksichtigt.

Merke

Die IPT geht von einer Wechselwirkung aus: Interpersonelle und psychosoziale Probleme tragen zu depressiven Entwicklungen bei. Umgekehrt führen Depressionen zu interpersonellen und psychosozialen Belastungen.

Die Depression entwickelt sich im Zusammenspiel von zwischenmenschlichem Stress, unzureichender sozialer Unterstützung und psychischer Vulnerabilität, beispielsweise im Rahmen eines unsicheren Bindungsstils. Ganz gleich, welcher Faktor die depressive Entwicklung angestoßen hat, wird von einer wechselseitigen Beziehung zwischen interpersonellen Belastungen und Depression ausgegangen: beide Komponenten halten sich gegenseitig aufrecht (siehe ► **Abb. 1**).

Eine Depression wird in der IPT deshalb, unabhängig von ihrer komplexen Entstehung, immer in ihrem aktuellen psychosozialen Kontext betrachtet, z. B. im Rahmen eines interpersonellen Konflikts oder eines Rollenwechsels. Beispiele hierfür wären: Umzug, Trennung, Mutterschaft, Arbeitsplatzverlust oder neue Verantwortung (z. B. infolge von Geburt oder Krankheit eines Familienmitgliedes). Der Fokus liegt auf der Bearbeitung dieser aktuellen zwischenmenschlichen Probleme im „Hier und Jetzt“.

Durchführung und Ziele

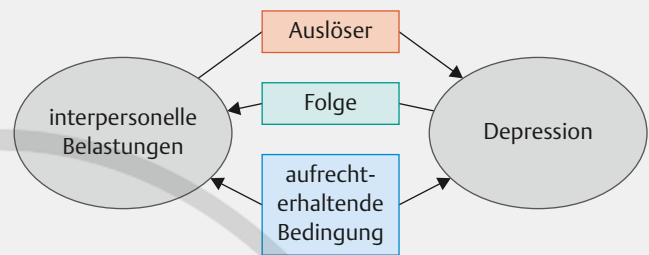
Die IPT ist in ihrer Ursprungsform als Einzeltherapie für Patienten mit unipolaren depressiven Episoden im Umfang von 12–20 Sitzungen à 50 Minuten konzipiert. Das Phasenkonzept innerhalb der IPT (initiale, mittlere, Beendigungsphase und ggf. Erhaltungsphase) orientiert sich am Depressionsverlauf und am medizinischen Krankheitsmodell und kann mit oder ohne begleitende Medikation durchgeführt werden. Es werden dabei 2 Ziele verfolgt (s. Infobox).

PRAXIS**Therapieziele**

- Reduktion der depressiven Symptome
- Bewältigung belastender zwischenmenschlicher und psychosozialer Stressoren, die mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Depression in Beziehung stehen und/oder Verbesserung bedeutsamer Beziehungen mit dem Ziel, soziale Unterstützung zugänglich zu machen

Neben diesen übergeordneten Zielen werden im Behandlungsvertrag mit dem Patienten je nach Fokus individuelle Ziele vereinbart. Diese sollten konkret, machbar und messbar formuliert sein, sodass Behandlungserfolge im Rahmen der Kurzzeittherapie greifbar werden.

wechselseitige Beziehung zwischen interpersonellen Belastungen und Depression



► **Abb. 1** Zusammenhangsmodell der wechselseitigen Beziehung zwischen interpersonellen Belastungen und Depression.

Behandlungsablauf

Die 3 im Folgenden beschriebenen Behandlungsphasen sind auf den typischen Verlauf einer akuten Depression zugeschnitten.

Zu Beginn wird auf depressive Symptome wie Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen und Entscheidungsschwierigkeiten eingegangen, indem neben einer ausführlichen Psychoedukation und allgemeiner Hoffungsvermittlung auch Strategien zum Symptommanagement vermittelt werden. Jede Behandlungsphase beinhaltet jeweils störungsspezifische Aufgaben und Therapiestrategien (siehe ► **Tab. 2**).

Initiale Phase

Die initiale Phase der Behandlung dient der Krankheitsaufklärung, der Analyse des sozialen Netzwerks und der Identifikation des vorrangig zu behandelnden Problemereiches („Fokus“). Diese Phase erstreckt sich im ambulanten Rahmen über etwa die ersten 3 (im stationären Setting bis zu 6) Therapiesitzungen.

Nach einer systematischen Erhebung der Symptomatik klärt der Therapeut den Patienten und seine Angehörigen über die Erkrankung auf. Er zeigt verschiedene Behandlungsmöglichkeiten auf und wägt eine medikamentöse Begleitbehandlung ab.

Die Begründer des Ansatzes halten es für therapeutisch sinnvoll und entlastend, dem Patienten explizit seine Diagnose als solche mitzuteilen. Dies gibt ihm die „Berechtigung zum Kranksein“ im Rahmen der Krankenrolle [2]. Damit verbunden ist einerseits eine Entlastung von gewissen üblichen sozialen Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten. Andererseits wird die Krankenrolle als ein sozial unerwünschter und möglichst rasch zu beendender Zustand betrachtet [4].

► **Tab. 2** Therapeutische Aufgaben in den 3 Behandlungsphasen der IPT.

I. Initiale Phase (1.–3. Sitzung): Auseinandersetzung mit der Depression	II. Mittlere Phase (4.–13. Sitzung): Arbeit am Fokus	III. Beendigungsphase (14.–16. Sitzung): Abschied nehmen
Anamnese erheben; Diagnose stellen; Patienten (und ggf. Angehörige) über die Depression und deren Behandlung aufklären (Psychoedukation); Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung abklären; beim Symptommanagement unterstützen; Indikation für IPT prüfen	Bearbeitung der interpersonellen Belastungen, die mit der Depression in Zusammenhang stehen, durch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ angemessenes Betrauern des Verlustes ▪ günstigere Anpassung an eine neue soziale Rolle ▪ Klärung und Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten ▪ Aufbau neuer vertrauensvoller Beziehungen ▪ Herstellung einer gesunden Balance zwischen Leistungs- und Beziehungswerten 	Thematisierung des Therapieendes als Abschiedsprozess unter Berücksichtigung damit verbundener Emotionen (z. B. Trauer, Angst, Wut und Ärger)
Dem Patienten die Krankenrolle zuteilen, ihn entlasten und Hoffnung vermitteln	Bei der Bearbeitung stehen im Vordergrund: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindungs- bzw. Beziehungsmuster ▪ Kommunikationsstrategien ▪ Gefühle des Patienten 	Zusammenfassung des in der Therapie Erlernten
Mithilfe der Beziehungsanalyse einen Zusammenhang zwischen derzeitiger depressiver Episode und interpersonellem Kontext herstellen		Ausblick auf künftig zu bearbeitende Themen und Stärkung der Autonomie
Im Behandlungsvertrag mit dem Patienten zusammen den Fokus (Trauer, Konflikte, Rollenwechsel, soziale Defizite oder Arbeitsstress) und die Therapieziele festlegen		Abklärung der Notwendigkeit weiterer Behandlung
Über die Ziele und das Grundprinzip der IPT aufklären		
Rollenerwartungen miteinander abklären		

FALLBEISPIEL**Anamnese**

Die 14-jährige Maria wird von ihrer Mutter als Notfall in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Die Mutter mache sich Sorgen, ihre Tochter könne sich etwas antun. Nachdem es in deren Freundeskreis zur Ausgrenzung gekommen sei, habe die Mutter in Marias Tagebuch „Ich will nicht mehr!“ gelesen. Da sich Maria kaum noch mitteile, habe die Mutter begonnen, heimlich in ihrem Tagebuch und in ihren Chat-Verläufen zu lesen. In der Vorgeschichte habe es mehrfach Kontaktabbrüche zu Freundinnen aufgrund von Konflikten gegeben. Schon seit 6 Monaten bestünde eine depressive Entwicklung mit Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Tagesmüdigkeit und häufigem Grübeln. Es sei zu einem Leistungsabfall in der Schule gekommen, dorthin gehe Maria nur noch widerwillig. Bis vor einem halben Jahr habe sie leidenschaftlich gerne getanzt. Inzwischen mache ihr kaum eine Aktivität mehr Freude. Besorgniserregend sei für die Eltern darüber hinaus, wie isoliert ihre Tochter inzwischen sei, „wo ihr doch früher das Zusammensein mit den Freundinnen so wichtig war“.

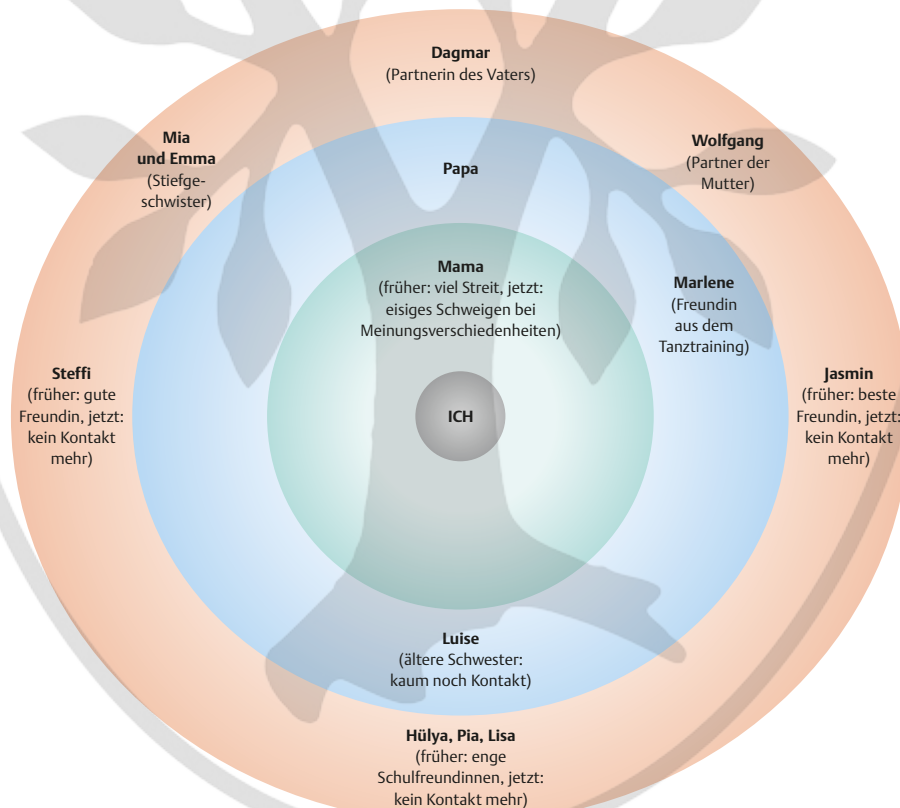
Bei der Exploration zwischenmenschlicher Problem-bereiche zeigte sich eine Häufung familiärer Belastungsfaktoren wie die Scheidung der Eltern vor einem Jahr und die Drogensucht der älteren Schwester. Maria lebe bei der Mutter, die Schwester sei seit einigen Monaten in stationärer Entzugsbehandlung. Beide Elternteile hätten neue Partner, mit denen Maria sich nicht gut verstehe. Innerfamiliäre Meinungsverschiedenheiten, vor allem zwischen der Mutter und ihrer Tochter, wurden in der Vergangenheit meist lautstark und feindselig ausgetragen. Ein weiterer Belastungsfaktor stellte das schulische Umfeld dar. Nachdem es in ihrer Clique zu Provokationen innerhalb von sozialen Netzwerken gekommen sei, habe sich Maria abgewandt. Problematisch sei jedoch, dass sie diese Jugendlichen täglich in der Schule sehen müsse.

FALLBEISPIEL**Initiale Phase**

Gemeinsam mit der Mutter erfolgte eine ausführliche Psychoedukation über die depressive Erkrankung und darüber, was diesen Zustand verbessern oder auch verschlechtern könne. Es wurden Möglichkeiten besprochen, wie Maria bei der Bewältigung der depressiven Beschwerden von ihrer Familie unterstützt werden kann, vor allem im Umgang mit den suicidalen Gedanken. Im Rahmen der Beziehungsanalyse zeigte sich bei Maria ein Mangel an sozialer Unterstützung. Die große Schwester war kaum mehr verfügbar, bisherige Freundschaften waren abgebrochen. Das (auch pubertätsbedingt) verschlechterte Verhältnis zu Vater und Mutter sowie deren neuen Partnern konnte nicht mehr durch unterstützende Kontakte mit Gleichaltrigen aufgefangen werden. Marias soziales Netz wurde mit konzentrischen Kreisen veranschaulicht, in die emotional bedeutsame Beziehungspartner eingetragen wurden. Bei dieser Technik wird der Patient dazu aufgefordert, in die Kreise diejenigen Menschen einzutragen, die in seinem Leben eine Rolle spielen. Dies können auch bereits verstorbene Personen sein. Je bedeutsamer die Rolle der Person ist und je näher ihm ein Mensch steht, desto näher ans Zentrum des Kreises wird diese Person eingezeichnet. ► **Abb. 2** zeigt die Ergebnisse der Beziehungsanalyse des Fallbeispiels.

Anmerkung: Eine Verschriftlichung der Beziehungsanalyse ist eine Besonderheit des Jugendlichen-Modells.

Die Jugendliche konnte benennen, dass die stagnierenden Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter und den Freundinnen sie am meisten belasteten. Die Konflikte und Kontaktabbrüche waren assoziiert mit Marias Schwierigkeiten, in ihren Beziehungen eigene Bedürfnisse auszudrücken und unterschiedliche Erwartungen angemessen zu klären. Maria fiel es offensichtlich schwer, mit Meinungsverschiedenheiten umzugehen und dabei die Perspektive eines anderen einzunehmen. Therapeutin und Patientin einigten sich auf den Fokus „Interpersonelle Konflikte“ als wichtigsten Problembereich. Ziele hierzu waren: „Lernen, wie ich meiner Mutter meine eigene Gefühls- und Bedürfniswelt besser erklären und dadurch besser mit ihr verhandeln kann“ und „Klärung meiner Beziehungsabbrüche“. Da diese Ziele in der Therapie rasch erreicht wurden, wurde dem Behandlungsvertrag später noch ein zweiter Fokus „Rollenwechsel“ (Trennung der Eltern und Heranwachsen) hinzugefügt. Die vereinbarten Ziele lauteten: „Zurechtkommen mit den neuen Partnern der Eltern und dem Weggang meiner Schwester“ und „Lernen, die Sichtweise von anderen einnehmen zu können (Perspektivübernahme-Fähigkeiten)“.



► **Abb. 2** Beziehungsanalyse des Fallbeispiels einer 14-jährigen IPT-A-Patientin.

Merke

Dem Patienten wird unter Einbezug unterstützender Bezugspersonen eine zeitlich limitierte Krankenrolle zugeteilt.

Die therapeutische Haltung in der 1. Phase der IPT ist durch Ermutigung, Zuspruch, Unterstützung, Entlastung und Vermittlung von Hoffnung durch den Therapeuten gekennzeichnet.

Im Folgenden wird die Behandlung einer Jugendlichen mit IPT-A beschrieben, das die bisherigen Erläuterungen veranschaulichen soll. Das Vorgehen in der IPT-A unterscheidet sich nur in wenigen Elementen von dem allgemeinen IPT-Modell. Das Fallbeispiel ist in 3 Teile untergliedert, welche den 3 Behandlungsphasen in der IPT zugeordnet sind.

Mittlere Phase

In der mittleren Therapiephase steht die Arbeit am zentralen Fokus im Vordergrund. ► **Abb. 3** zeigt die 5 Hauptproblembereiche (oder „Foki“) bei der IPT.

Cave

Es ist entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung, den relevanten Fokus im Zusammenhang mit der Depression zu erkennen, auf den sich die therapeutische Bearbeitung im weiteren Verlauf konzentriert.

Komplizierte Trauer

Ist komplizierte Trauer der Fokus, weil eine nahe Bezugsperson gestorben ist, wird der Ausdruck von Trauergefühlen gefördert. Dabei aktualisiert man zunächst den Verlust und damit verbundene widersprüchliche Gefühle,

man bespricht die Beziehung zum Verstorbenen hinsichtlich positiver und negativer Aspekte, um schließlich zur Wiederaufnahme von Interessen und Beziehungen zu ermutigen.

Interpersonelle Konflikte

Stehen interpersonelle Konflikte im Mittelpunkt, werden gegenseitige Erwartungen definiert und mithilfe günstiger Kommunikationsstrategien mit der Bezugsperson verhandelt. Abhängig vom Stadium des Konfliktes (Verhandlung, Sackgasse, Auflösung = Beziehungsabbruch) werden unterschiedliche therapeutische Strategien gewählt. Bei einem Konflikt in einem unbefriedigenden Verhandlungsstadium sollten die Beteiligten zum Zwecke der leichteren Konfliktlösung beruhigt werden. Bei einer Sackgassensituation werden gegenseitige Erwartungen exploriert und die offenkundige Disharmonie herausgearbeitet, um die Verhandlungen im Konflikt wieder aufzunehmen. Das therapeutische Vorgehen bei Konflikten im Auflösungsstadium hat vieles gemeinsam mit demjenigen beim Fokus Trauer. Der Therapeut versucht dabei, dem Patienten zu helfen, die Beziehung zu relativieren und frei zu werden, neue Bindungen einzugehen.

Rollenwechsel

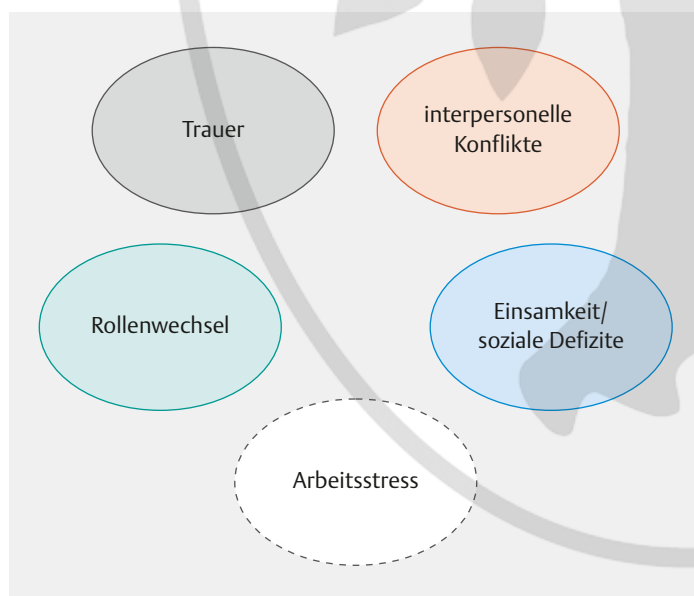
Treten Depressionen im Rahmen von Rollenwechseln und -übergängen auf, fühlt sich der Patient unfähig, mit der in der Regel unfreiwillig veränderten Rolle fertig zu werden. Der Patient kann die Lebensveränderung häufig nicht akzeptieren oder emotional verkraften und greift deswegen auch nicht auf vorhandene Bewältigungsfertigkeiten zurück. Oft fürchtet der Patient aber auch, in der jetzigen Lebensphase zu versagen. Bei einem schwierigen Rollenwechsel ist es von Bedeutung, dass der Verlust der alten Rolle angenommen und betrauert wird. Die Möglichkeiten innerhalb der neuen Rolle sollen positiver und realistischer gesehen und das Selbstwertgefühl wiederhergestellt werden (siehe Kasten „Therapiestrategien“).

Interpersonelle Defizite

Leidet ein Patient unter Einsamkeit und Kontaktproblemen im Sinne interpersoneller Defizite, wird er darin unterstützt, Beziehungen mithilfe neu erworbener sozialer Fertigkeiten einzugehen.

Arbeitsstress

Bei Arbeitsstress soll in erster Linie wieder eine gesunde Balance zwischen Leistungs- und Beziehungswerten hergestellt werden, wobei neben den herkömmlichen IPT-Strategien auch Beziehungsachtsamkeit und Wertearbeit einbezogen wird. Dieser Fokus wurde erst in jüngster Zeit den klassischen 4 Problembereichen hinzugefügt [9]. Er bezieht sich auf die Bearbeitung von Rollenstress, Veränderungen und zwischenmenschlichen Konflikten im Arbeitsbereich, aber auch auf die Reduzierung äußerer stressbehafteter Arbeitsbedingungen.



► **Abb. 3** Die 5 Hauptproblembereiche (Foki) bei der IPT.

Merke

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Therapie sollten sich Patient und Therapeut auf den wichtigsten Problembereich konzentrieren, selbst wenn es noch andere, zusätzliche Problemfelder gibt.

In der mittleren Phase der Therapie ist die Akutsymptomatik in der Regel bereits teilweise abgeklungen, sodass der Patient bestärkt wird, im Sinne einer sukzessiven Zurücknahme der Krankenrolle, noch aktiver an der Genesung mitzuarbeiten. Er wird angeleitet, konkrete Bereiche in Angriff zu nehmen, die ihm subjektivem Stress bereiten. Dies können klärende Gespräche sein, Aktivitäten, die ein positives soziales Miteinander erlebbar machen, oder die Umsetzung konkreter Lösungsansätze.

Techniken

Die in der IPT eingesetzten Therapietechniken sind größtenteils aus anderen Therapieformen entlehnt und teilweise modifiziert worden. Der erste Behandlungsabschnitt verwendet hauptsächlich explorative, psychoedukative und Symptombewältigungstechniken (z. B. Ermutigung, Validierung, Ratschläge und positive Rückmeldung). Der Psychotherapeut geht zunächst klärend vor und ermuntert den Patienten bei der Bearbeitung des Fokus stets zum Ausdruck seiner Gefühle. Neue oder schwierige Situationen werden in diesem Zusammenhang im Rollenspiel ausprobiert und geübt.

Merke

In der mittleren Phase der Behandlung steht vor allem die Förderung von Einsicht, emotionales Lernen und zwischenmenschliche Problemlösung im Vordergrund.

Spezifisch für die IPT sind jedoch nicht die Techniken, sondern die therapeutischen Strategien zur Bearbeitung des jeweiligen Fokus (siehe Infobox „Therapiestrategien“). Neben IPT-spezifischen Behandlungselementen werden auch Strategien und Techniken anderer Therapierichtungen verwendet, ohne dass sich die IPT auf deren theoretische Grundlagen stützt und sich ideologisch mit der jeweiligen Therapieschule identifiziert.

Besonderheiten der IPT bei Jugendlichen

Die Einführung der „Teen Tipps“ zur Veranschaulichung günstiger Kommunikationsfertigkeiten und der Einbezug von Elternteilen in die Therapie sind Besonderheiten des Jugendlichen-Modells, die beim ursprünglichen IPT-Modell nicht vorgesehen sind. Obwohl sich die Teen Tipps vorrangig an Teenager richten, sind diese auch für (junge) Erwachsene nützlich. Sie sollen dabei unterstützen, eine zielführende Kommunikation bei schwierigen Themen hinzubekommen.

FALLBEISPIEL

Mittlere Phase

Da sich der Konflikt zwischen Mutter und Tochter im Stadium einer Sackgasse befand, wurde Frau K. mehrfach zu Sitzungen eingeladen mit dem Ziel die Kommunikation wieder ins Verhandlungsstadium zu bringen. Es wurde ein hohes Maß an (z. T. verheimlichter) Kontrolle und unflexiblen Vorschriften seitens der Mutter offensichtlich, was die Abhängigkeit der Tochter förderte. Die Tochter hingegen hatte vor ihrer depressiven Episode versucht, ihre Autonomie zu erzwingen, indem sie Freundinnen für sich schwindeln ließ. Im Elterngespräch äußerte die Mutter ihre Bedenken, Maria könnte auf Partys in Kontakt mit Alkohol und Drogen kommen und ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. Maria fand diese Sorgen übertrieben und bagatellierte die Risiken. Zusammen mit Mutter und Tochter wurden alterstypisches Verhalten und die damit einhergehenden Risiken besprochen. Anschließend wurde nach Lösungen gesucht, was einen „goldenen Mittelweg“ darstellen könnte. Verschiedene Kommunikationsanalysen ergaben, dass Maria bei zwischenmenschlichen Schwierigkeiten regelmäßig das Reden einstellte. Im therapeutischen Gespräch konnte Maria bezüglich der Kontaktabbrüche zu ihren Freundinnen und der Konflikte mit der Mutter ihre damit verbundenen Gefühle zunehmend besser benennen. Während die Therapeutin sich in der mittleren Phase bei der Auswahl der wichtigen Themenbereiche immer mehr zurücknahm, begann Maria, ihre Enttäuschung und Traurigkeit darüber zum Ausdruck zu bringen, dass „niemand um mich kämpft“. Ihre Erwartung und ihr Wunsch danach, dass andere sie verstehen und angemessen unterstützen würden, konnte mithilfe alternativer Verhaltensweisen verändert werden. In Rollenspielen probierte sie neue Verhaltensweisen für schwierige Situationen aus (z. B. „sagen, wenn mich was stört, statt zu schmolten“) und wandte sie außerhalb der Therapiesitzungen gezielt an. Im Rahmen der Vermittlung grundlegender Kommunikationsfertigkeiten (siehe Kasten „Teen Tipps“, Mufson et al. [10]) lernte sie, für wichtige Gespräche einen günstigen Zeitpunkt zu wählen und Ich-Botschaften zu verwenden: „Mama, ich kann mir vorstellen, dass du dir Sorgen machst, wenn ich mit älteren Jungs weggehe. Ich verstehe, dass du nicht möchtest, dass mir ähnlich schlimme Sachen zustoßen wie meiner Schwester. Aber wenn du meine Handy-Nachrichten durchforstest, macht mich das wütend und traurig. Ich habe dann das Gefühl, du vertraust mir nicht.“

PRAXIS

Angewendete Techniken

- Klärung
- Ausweitung eines Themas
- Kommunikationsanalysen
- zum Ausdruck von Gefühlen ermuntern
- Akzeptanz negativer Gefühlszustände fördern
- Perspektivübernahme-Fähigkeiten anregen
- interpersonelles Problemlösen
- Rollenspiele
- therapeutische Beziehung als Modell nutzen

PRAXIS**Teen-Tipps (nach Mufson et al. [10])****Günstigen Zeitpunkt wählen:**

- Wenn du etwas Wichtiges besprechen willst, dann „verabrede“ dich mit dieser Person zum Gespräch. Vermeide Gespräche, wenn diese Person abgelenkt, müde oder aufgeregt ist.
- Wenn die Gefühle hochkochen: Vermeide hitzige Auseinandersetzungen – auch wenn das bedeutet, erst mal zurückstecken zu müssen. Suche Gespräche erst dann, wenn die Gemüter abgekühlt sind.

Geben und Nehmen sowie Perspektive des anderen übernehmen:

- Beginne mit einer positiven Aussage, welche zum Ausdruck bringt, dass du verstehst, wie sich der andere fühlt.
- Auch „Danke“ sagen hilft, eine gute Basis zu schaffen.

ICH-Botschaften benutzen und Gefühle ausdrücken:

- Niemand kann deine Gedanken lesen, auch wenn es manchmal so scheint. Sprich deine Gedanken und Gefühle aus. Beginne mit „Ich ...“
- Sag ihnen, wie es DIR geht mit dem, was sie tun.

Lösungen überlegen

- Wenn du irgendetwas im Gespräch erreichen willst, bereite dich vor. Überlege dir 3 oder 4 verschiedene Kompromisslösungen zum jeweiligen Streitthema.
- Schlage deinem Gesprächspartner die beste Lösung vor.

Niemals aufgeben!

- Sei dir bewusst: Veränderungen brauchen ihre Zeit. Es dauert sehr lange, bis man jemandem beigebracht hat, sich anders zu verhalten. Deine Eltern sind es gewöhnt, die Dinge so zu machen, wie sie es schon seit Jahren machen.
- Wenn dir also etwas wichtig ist: Bleib dran!

FALLBEISPIEL**Mittlere Phase (Fortsetzung)**

Im Verlauf der Therapie lernte Maria, mit ihrer Mutter zu verhandeln, welches Verhalten sie sich von ihr wünschte. „Mama, wie wäre es, ich zeige dir einfach mal die WhatsApp-Fotos meiner Leute und erzähle dir von denen. Dann kannst du mich fragen, was du wissen willst. Und du wirst sehen, ich mache mir schon selbst Gedanken, wie ich mich schützen kann. Aber dafür möchte ich, dass du dann nicht mehr an mein Handy gehst und mir nicht ständig von deinen Befürchtungen erzählst.“ Gleichzeitig konnte die Mutter nach solchen Verabredungen, die ihr Einblick in das Leben ihrer pubertierenden Tochter gewährten, besser akzeptieren, dass diese auch eigene Wege gehen wollte und normales Jugendverhalten (wie z. B. sich schminken) ausprobieren wollte. Mutter und Tochter einigten sich auf Regeln, die Risikosituationen, aber auch das Kontrollverhalten der Mutter entschärfen sollten. So galt die Vereinbarung, dass Maria bei Planänderungen bez. erlaubter Unternehmungen die Mutter telefonisch benachrichtigen sollte. Im Gegenzug verzichtete die Mutter auf Anrufe, wenn Maria mit Gleichaltrigen unterwegs war. Auch das heimliche Mitlesen von Chats und Tagebucheinträgen stellte sie im Laufe der Therapie gänzlich ein.

FALLBEISPIEL**Mittlere Phase, zweiter Fokus**

Im Rahmen der Bearbeitung des zweiten Fokus „Rollenwechsel“ wurden in einer gemeinsamen Sitzung die Auswirkungen der familiären Strukturveränderungen als einschneidend für Maria thematisiert. Maria konnte ihre Gefühle ausdrücken, die mit diesen Veränderungen einher gingen (Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle, Angst und Ärger). Mutter und Tochter benannten offen ihre gegenseitigen Erwartungen. Die Mutter verstand erst jetzt die Tragweite, die ihre neue Partnerschaft für ihre Tochter hatte. In der Therapie wurde ausführlich auf die positiven und negativen Aspekte der alten und neuen Rolle eingegangen, die mit den Verlusten der Schwester, einer kindlicheren Rolle und klassischer Familienverhältnisse einhergingen. Mutter und Tochter stellten Regeln auf, was die Kommunikation mit bzw. über die neuen Partner anbetrifft. Maria wünschte sich, dass sie informiert und gefragt wird, wenn die Eltern Abmachungen trafen, welche sie und ihre Stiefgeschwister anbelangten. Wichtig für Maria war die Erkenntnis, dass sie unter Um-

ständen mehrfach ansprechen müsse, was sie sich wünsche, bevor es „Gehör“ fände (s. Kasten „Teen Tipps“ [10]). Der Patientin gelang es anschließend immer besser, den neuen Partnern der Eltern offener zu begegnen, was deren Beziehung verbesserte. Maria lernte an mehreren Beispielen aus ihrem Alltag, sich unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten für wiederkehrende, sie belastende Situationen zu überlegen und über deren Folgen nachzudenken.

Nachdem Maria nach gründlicher Abwägung beschlossen hatte, nicht die Schule zu wechseln, kümmerte sie sich aktiv darum, ihre abgebrochenen Freundschaften wieder aufzugreifen. Unter Einsatz ihrer verbesserten Kommunikationsfertigkeiten und sozialen Kompetenzen machte sie eine wichtige Erfahrung: dass ihre bisherigen Kontaktabbrüche durch klärende Gespräche aufgelöst werden konnten. So ließ sich ihr jugendtypisches Schwarz-Weiß-Denken aufweichen und sie gab 2 ihrer bisherigen Freundschaften „eine zweite Chance“. Eine Verlagerung von der schriftlichen Kommunikation via Smartphone hin zu persönlichen Gesprächen gab Maria neues Selbstbewusstsein.

Beendigungsphase

Die Beendigungsphase, die ungefähr zur 14. Therapiesitzung einsetzt, thematisiert das Auslaufen der Therapie und die Zeit danach, aber auch das Abschiednehmen vom Therapeuten. Dieser zeigt zur Stärkung der Autonomie erarbeitete zwischenmenschliche Fertigkeiten und erreichte Ziele auf. Zusätzlich wird ein Plan entwickelt, wie mit zukünftigen Belastungen umgegangen werden kann. Eine Zusammenfassung des Gelernten und das emotionale Begreifen dieser Therapiephase als Abschied helfen dem Patienten, sich vom Therapeuten und der Therapie zu lösen.

Die Phasenorientierung der IPT erleichtert die Kooperation mit Vor- oder Nachbehandlern. So kann bei Beginn einer IPT im stationären Setting der dort identifizierte Fokus ambulant umfassend und wirkungsvoll weiterbearbeitet werden.

FALLBEISPIEL

Beendigungsphase

Indem Maria ihre Gleichaltrigen-Kontakte ausbaute und intensivierte, konnte der nur noch selten bestehende Kontakt zur großen Schwester kompensiert werden. Sie ging wieder ins Tanztraining und empfand zunehmend mehr Freude beim „Abhängen mit Freunden“. Maria hatte nach 16 Sitzungen gelernt, wie sie ihre Freundschaften nutzen konnte, um sich gegenseitig zuzuhören und zu beraten. Nach der Behandlung war Marias Depression, auch ohne Einnahme von Medikamenten, weitgehend remittiert. „Natürlich sind meine Mutter und ich nach wie vor nicht immer einer Meinung. Aber wir können uns jetzt besser darüber unterhalten, wer was vom anderen möchte. Zumindest gehe ich den Auseinandersetzungen nicht mehr aus dem Weg, auch weil meine Mutter nicht mehr so viel rumschreit und über meinen Vater herzieht. Mit meinen Freundinnen habe ich die Erfahrung gemacht, dass echte Freundschaften auch Krisen aushalten können, und wir gehen offener miteinander um. Ich glaube, dass ich an dieser schlimmen Zeit auch ein Stück gewachsen bin.“

Erhaltungsphase

Seit einiger Zeit wird der Ablauf aufgrund hoher Rückfallgefahr bei rezidivierenden Depressionen durch eine 4. Therapiephase (Erhaltungsphase) ergänzt [3, 4]. In der Erhaltungsphase (ca. 17.–30. Sitzung) liegt der Fokus darauf, die Remission beizubehalten. Über alle 5 Foki hinweg wird dabei mit rückfallprophylaktischen Strategien gearbeitet, indem gezielt Frühwarnzeichen und interpersonellen Schwierigkeiten oder Herausforderungen entgegengewirkt wird, die eine nächste depressive Episode

auslösen könnten. Der Fokus liegt dabei weiterhin auf dem Zusammenhang zwischen interpersonellen Ereignissen und der Stimmung sowie der sozialen Funktionsfähigkeit. Bei stark rückfallgefährdeten Patienten schließt sich nach erreichter Symptomremission eine etwa 3-jährige IPT-Erhaltungstherapie an (IPT-Maintenance, kurz IPT-M).

Therapeutische Strategien bei der IPT

Während die Techniken, die bei der IPT eingesetzt werden, größtenteils anderen Therapieverfahren entlehnt sind (beispielsweise Exploration, Klärung, Entscheidungsanalyse, Rollenspiel), sind die IPT-Strategien in den einzelnen Therapiephasen und Foki spezifisch. Die therapeutischen Strategien sind in einem Behandlungsmanual beschrieben und strukturieren die Durchführung [2, 4, 10].

Merke

Hilfreich sind besonders die Fokussierung auf erreichbare Ziele, die Verbesserung der sozialen Fertigkeiten, Psychoedukation sowie Verhaltensaktivierung.

PRAXIS

Therapiestrategien

Am Beispiel des Fokus Rollenwechsel

- Gefühle bezüglich des Verlustes explorieren
- Gefühle bezüglich der Veränderung selbst explorieren
- negative und positive Aspekte von alter und neuer Rolle besprechen
- Möglichkeiten innerhalb der neuen Rolle klären
- Ausmaß des Verlustes realistisch einschätzen
- zur angemessenen Äußerung von Gefühlen ermuntern
- zum Aufbau eines sozialen Unterstützungssystems ermutigen
- neue soziale Fertigkeiten aufbauen, die die neue Rolle erfordert

Therapeuten- und Patientenrolle

Therapeutenrolle

Die Gesprächsführung bei der IPT ist klärungsorientiert und soll Gefühle erlebbar machen. Dies verstärkt die Veränderungsmotivation des Patienten, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Dabei fällt dem Therapeuten die Aufgabe zu, die von Bowlby geforderte „sichere Basis“ aufzubauen, um dem Patienten eine angstfreie Erforschung seiner äußeren und inneren Welt zu ermöglichen.

Merke

Die therapeutische Beziehung wird komplementär zur depressiven Symptomatik des Patienten gestaltet, indem sich der Therapeut aktiv verhält, Hoffnung vermittelt und als Advokat des Patienten auftritt.

Konfrontatives und interpretierendes Vorgehen sollen vermieden werden. Im Unterschied zur psychoanalytischen Therapie wird die Übertragungsbeziehung nur dann thematisiert, wenn sie sich negativ entwickelt, die Therapie stagniert oder ein Therapieabbruch bevorsteht.

PRAXIS

Therapeutenrolle

- Advokat des Patienten: unterstützend, ermutigend, nicht neutral
- aktiv, engagiert, intervenierend
- therapeutische Beziehung wird nicht als Übertragung interpretiert
- therapeutische Beziehung steht als Modell für andere zwischenmenschliche Beziehungen
- Expertenrolle des erfahrenen Psychotherapeuten
- flexible Anwendung des Manuals

Patientenrolle

Während in der initialen Phase aufgrund der symptombedingten Beeinträchtigungen nur eingeschränkte Aktivität vom Patienten erwartet wird, wird ihm in den folgenden Therapieabschnitten mehr Verantwortung übertragen. Der Patient soll zunehmend selbst relevante Themen einbringen und Lösungen durchdenken, damit er dies nach Therapieende auch selbstständig kann.

Im ursprünglich entwickelten IPT-Manual wird vorausgesetzt, dass der Patient ambulant behandelbar ist. Dazu gehört, dass keine akuten psychotischen oder manischen Symptome vorliegen, suizidale Impulse kontrolliert werden können, keine schwere Antriebsminderung vorherrscht und der Patient absprachefähig ist. Wird von diesen Voraussetzungen abgewichen, müssen zusätzliche stabilisierende Maßnahmen vorgenommen werden.

Merke

Ganz im störungsspezifischen Sinne verändern sich die Anforderungen an den Patienten in den verschiedenen Behandlungsphasen in Anpassung an den typischen Verlauf einer Depression.

Kontraindikationen

Kontraindiziert ist die Anwendung der IPT bei akut psychotisch depressiven, wahnhaften oder manischen Patienten. Das gleiche gilt, wenn zusätzlich zur Depression eine ausgeprägte Substanzabhängigkeit vorliegt. Außerdem wird von der alleinigen Anwendung dieser Therapieform bei schwer melancholisch Depressiven abgeraten. Bei anorektischen und bei Patienten mit einer „reinen“ Dysthymie (ohne major depressive Episoden) oder chronischer Depression erwies sich die Behandlung mit IPT

nicht als besonders erfolgreich. Der Einsatz der Methode wird in den amerikanischen Leitlinien der APA (2010) besonders für Patienten mit psychosozialen Problemen sowie mit beruflichen oder partnerschaftlichen Schwierigkeiten empfohlen.

Depression im Jugendalter

Bitte beachten Sie: Die bisherigen Ausführungen bezogen sich – bis auf das Fallbeispiel – auf die allgemeinen Grundlagen der IPT. Im Folgenden wird speziell auf Depressionen bei Jugendlichen, und auf deren Behandlung mit IPT-A eingegangen.

Merke

Die Prävalenzen für depressive Episoden variieren bei Jugendlichen zwischen 0,4% und 25% [11].

In Deutschland erhalten in einem 1-Jahres-Zeitraum etwa 3,1% Kinder und Jugendliche (Mädchen: 3,7%; Jungen: 2,5%) ambulant die Diagnose einer Depression [12]. Jüngere Jahrgänge haben ein höheres Risiko, früher und häufiger psychische Erkrankungen zu bekommen als ältere (Geburtskohorteneffekt, [11]). Als mögliche Ursachen werden veränderte Familienstrukturen und eine höhere allgemeine Stressbelastung von Jugendlichen diskutiert [11]. Der normative (also alle Jugendlichen betreffende) Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt eine herausfordernde Entwicklungsaufgabe für jeden Menschen dar. Es wird eine Rollenerweiterung durchlaufen, in dem sich Beziehungen, Freundeskreise und eigene Identität wandeln [13]. Durch den neuen sozialen Kontext tritt zur bisherigen Rolle eine neue Rolle, die wiederum auch neue normative Rollenerwartungen vorgibt [13].

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Treffen normative und nicht normative Übergänge (wie elterliche Trennung) zusammen, steigt das Risiko der Überforderung. Gerade psychisch belastete, junge Menschen können daran scheitern und Depressionen oder andere psychische Störungen entwickeln.

Das klinische Bild einer Depression im Jugendalter unterscheidet sich von dem eines Erwachsenen. Es zeigen sich heterogene und wechselnde Symptome, die oft von somatischen Beschwerden überlagert werden [14]. Aufgrund hoher Komorbiditätsraten (ADHS, Angst- und Essstörungen, oppositionelle und Verhaltensstörungen) [14] und dem häufigem Auftreten von selbstverletzendem Verhalten werden Depressionen bei Kindern und Jugendlichen oft nicht erkannt und nicht adäquat therapiert [6]. Ohne eine Behandlung gelingt es depressiven Teenagern meist nicht, entscheidende Entwicklungsaufgaben wahr-

zunehmen (z. B. reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufzubauen) [15]. Depressive Jugendliche haben häufiger als gleichaltrige Gesunde konflikthafte und wenig unterstützende Beziehungen zu ihren Eltern [16]. Sie zeigen außerdem oft dysfunktionale Kommunikationsmuster (wie Konfliktvermeidung, Aggressivität oder Kontrollbedürfnis) und wenige unterstützende Freundschaften. Vielmehr haben sie eine höhere Wahrscheinlichkeit, gehänselt oder gemobbt zu werden [16]. Depressive Störungen haben in Verbindung mit den beschriebenen sozialen Problemen weitreichende Auswirkungen [6, 14, 17].

HINTERGRUNDWISSEN

Depressionsgefahren

- Gefährdung der Schullaufbahn/Schulabbruch
- Beeinträchtigungen der familiären und Gleichaltrigen-Beziehungen
- oft herabgesetzte Sozialkompetenz (interpersonelle Defizite)
- erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum
- erhöhtes Risiko von Teenager-Schwangerschaften
- erhöhtes Risiko für selbstverletzendes Verhalten
- Suizidalität

Depressionen gehen bei Kindern und Jugendlichen mit erheblichen Einbußen in der sozialen und schulischen Funktionsfähigkeit einher. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010) ist eine MDD in der Altersgruppe von 10–24 Jahren mit der höchsten Krankheitsbelastung und Einschränkung der Lebensqualität (gemessen mit dem Behinderungsindex „Disability-Adjusted Life Year“ (DALY)) unter allen psychischen Störungen verbunden [18]. Etwa 70% der Jugendlichen mit remittierter Depression entwickeln innerhalb der nächsten 5 Jahre eine weitere depressive Episode [6], was die Gefahr einer Chronifizierung und erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen im Erwachsenenalter birgt.

Merke

Klinische Leitlinien betrachten Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl für leichte bis mittelgradige Depressionen bei Kindern und Jugendlichen [6, 21].

Pharmakotherapie steht nur als Behandlung zweiter Wahl zur Verfügung, da sie im Verdacht steht, Suizidgedanken zu verstärken und zu weiteren unerwünschten Nebenwirkungen zu führen [21]. Bei schweren Depressionen und unzureichendem Ansprechen auf Psychotherapie wird eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie empfohlen [6].

IPT-Adaption für Jugendliche

Bei der IPT-A blieben zwar die übergreifenden Ziele und Problembereiche (Foki) bestehen, die spezifischen Ziele und Strategien wurden jedoch auf die Entwicklungsaufgaben und Fähigkeiten Jugendlicher angepasst [10]. Die Ziele bei der IPT-A-Behandlung depressiver Jugendlicher berücksichtigen zusätzlich Themen wie Identitätsbildung, Autonomieentwicklung, Entwicklung von Beziehungen zum anderen Geschlecht und potenzieller Liebespartner, Umgang mit Erfahrungen wie Tod und Verlust sowie Druck von Gleichaltrigen. Die Adaption der IPT für Jugendliche wird seit 1994 wissenschaftlich überprüft [16, 17, 19, 20]. Bestimmte depressiogene Probleme in der Adoleszenz können im Rahmen der IPT-A erfolgreich behandelt werden (s. Kasten).

Merke

Für Kinder ab 7 Jahren liegt ein speziell ergänztes Manual vor (Family-Based Interpersonal Psychotherapy, FB-IPT) [23].

HINTERGRUNDWISSEN

Adoleszenzprobleme

- Rollenwechsel/Rollenveränderung/ Rollenunklarheiten
- familiäre Strukturveränderungen (Trennung/ Scheidung/neuer elterlicher Partner/Konflikte in Patchworkfamilien)
- Probleme bei alleinerziehenden Eltern/Loyalitätskonflikte
- Abgrenzung von den Eltern und gegenüber Gruppenzwang durch Gleichaltrige
- Entwicklung einer größeren emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern
- Konflikte mit Eltern und Geschwistern (Familienkonflikte)
- Entwicklung von reiferen (auch romantischen) Beziehungen zu Altersgenossen
- Trennung von den Eltern/Auszug aus dem Elternhaus
- Umgang mit Erfahrungen wie Tod und Verlust (Trauer)
- Umgang mit zunehmendem schulischen Leistungsdruck/zusätzlichen Belastungen durch Verkürzung der Gymnasialzeit von 9 auf 8 Schuljahre
- Überforderung bei Rollenübergängen zwischen Schule/Ausbildung/Studium
- Überforderung durch zu viele und unübersichtliche Optionen bei Ausbildung und Studium oder durch höher werdenden Numerus Clausus in beliebten Studiengängen
- Mobbing/Konflikte mit Gleichaltrigen aufgrund sozialer Defizite

Probleme bei der Entwicklung eigener Identitäts- und Rollen Aspekte werden beim Fokus „Rollenwechsel“ thematisiert. Hier wird z. B. das Zurechtkommen mit veränderten Familienstrukturen (alleinerziehende Eltern/Patchwork-Familien) oder höherer allgemeiner Stressbelastung (z. B. Verkürzung der Gymnasialzeit von 9 auf 8 Schuljahre) gefördert. Beim Fokus „Konflikte“ wird geübt, effektiver zu kommunizieren. Dazu gehört auch, beide Seiten eines Streitthemas zu verstehen, einen Kompromiss zu finden oder einen „Deal“ zu machen (wie z. B. „ich demonstriere, dass ich Verantwortung übernehme, und bekomme dafür etwas, das ich gerne möchte“). Damit verbessert die IPT-A an konkreten Beispielen soziales Problemlösen und schlussendlich die Beziehungen der Jugendlichen. Beim Fokus „soziale Defizite“ werden grundlegende Kompetenzen („Wie beginne ich ein Gespräch mit einer mir fremden Person?“, „Wie pflege ich eine Freundschaft?“) besprochen und in Rollenspielen immer wieder geübt. Die unterstützende Therapeutenhaltung und der psychoedukative Charakter der IPT-A sind für Jugendliche aufgrund ihres Entwicklungsstadiums besonders hilfreich.

Unterschiede zwischen IPT und IPT-A:

Bei der IPT-A liegt der Schwerpunkt mehr als beim Vorgehen mit Erwachsenen auf der Entwicklung interpersoneller Fertigkeiten. Die Wechselwirkung zwischen Beziehungsaktivitäten und Depressions-Symptomen wird noch nachvollziehbarer gestaltet. Aus diesem Grund wird eine Skala von 1–10 zur wöchentlichen Einschätzung der Stimmung verwendet. Die Jugendlichen sollen jeweils den Durchschnitts-, den besten und schlechtesten Wert angeben – und den Zusammenhang herstellen zu interpersonellen Ereignissen (angenehmen wie unangenehmen). Telefonanrufe werden häufiger als bei Erwachsenen verwendet, um die Jugendlichen an Therapietermine sowie „zwischenmenschliche Experimente“ und Abmachungen zu erinnern.

Merke

Depressiven Jugendlichen wird eine begrenzte Krankenrolle vermittelt, die die Aufrechterhaltung normaler Aktivitäten (v. a. schulischer Verpflichtungen) fördert.

Von ihnen wird schulisches Funktionieren „so gut es eben geht“ erwartet, während bei depressiven Erwachsenen eine Reduzierung von Pflichten und vermeidbaren Verantwortlichkeiten unterstützt wird. Jugendliche müssen ihren Platz in der Gesellschaft erst noch finden. Deshalb sollten sie trotz depressiver Symptome möglichst normal ihren notwendigen Aktivitäten nachgehen (Schulbesuch, soziale Aktivitäten, Hausaufgaben und häusliche Pflichten). Es wird häufiger auf den zeitlichen Rahmen und zeitbegrenzten Charakter der IPT-A hingewiesen, um die Motivation für intensives Arbeiten innerhalb der Sitzungen aufrechtzuerhalten.

Da sich die Beziehung zu den Eltern in der Pubertät ändert, und die Jugendlichen ihre Rolle in der Familie anders definieren, müssen familiäre Kommunikationsmuster neu verhandelt werden.

Merke

Die IPT-A bezieht die Eltern mit in die Therapie ein, um neue Kommunikationsmuster „im Hier und Jetzt“ erlebbar zu machen.

Der Therapeut unterstützt die Dyade, miteinander zu sprechen, indem er beide Seiten coacht, wenn die Kommunikationsregeln missachtet werden. Dem Jugendlichen werden, falls notwendig, zusätzlich auch inhaltliche Hilfestellungen gegeben. Ausgehend von der Annahme, dass familiäre Beziehungen Modelle für außerfamiliäre wichtige Beziehungen sind, erlernen die Jugendlichen in solchen Gesprächen konkret interpersonelles Problemlösen und sozial kompetentes Verhalten. Inhalte der Einzelsitzung werden den Eltern nur nach Absprache mit dem Jugendlichen mitgeteilt. Wenn die Teenager es wünschen, kann ihnen eine verschriftlichte Version der „Teen Tipps“ (siehe Kasten) ausgehändigt werden.

Der Problembereich „Rollenwechsel“ beinhaltet bei der IPT-A zusätzlich eine spezifische Form des Rollenwechsels, der zurückzuführen ist auf familiäre Strukturveränderungen. Spezielle Themen wie Schulverweigerung, übermäßiger Medienkonsum, ungünstiger Umgang mit

HINTERGRUNDWISSEN

IPT-A Modifikationen

- kürzere Dauer (12 Wochen)
- begrenzte Krankenrolle (Schulbesuch wichtig!)
- Behandlung bezieht Eltern/Sorgeberechtigte mit ein
- mehr Telefonkontakte (v. a. am Anfang der Therapie)
- Therapeut hat Vermittlerrolle zwischen Schule und Familie
- wöchentliches Einschätzen der Stimmung (Skala von 1–10)
- soziales Netz (Beziehungsanalyse) wird aufgemalt
- altersangemessene (z. T. vereinfachte) Sprache
- direkteres Vorgehen als bei Erwachsenen
- aktiveres Vermitteln von Kompetenzen
- „Teen Tipps“ zur Veranschaulichung hilfreicher Kommunikationsgewohnheiten
- häufigeres Wiederholen und Üben erforderlicher Fertigkeiten (z. B. Sozialkompetenz, Problemlösen, Perspektivübernahme- und Kommunikationsfähigkeiten, Ausdruck von Gefühlen, Selbstständigkeit und Selbstbeherrschung, Bewältigung von Eltern-Kind-Spannungen)

den sozialen Netzwerken, körperlicher oder sexueller Missbrauch, Belästigung/Mobbing in Schule oder auf dem Schulweg, Suizidalität, Aggression und Einbezug des Jugendamtes wurden ebenfalls berücksichtigt. Der Kasten „IPT-A Modifikationen“ fasst die wichtigsten Veränderungen bei IPT-A gegenüber dem Vorgehen bei Erwachsenen zusammen.

Wirksamkeit

Metaanalysen zur IPT belegen, dass der Ansatz wirksam ist für die Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depression über die gesamte Lebensspanne von der jugendlichen bis zur Altersdepression [5–7]. Die IPT erwies sich als effektiver im Vergleich zu Kontrollbedingungen, bei Major Depression (MDD) gleich wirksam wie Pharmakotherapie und wie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Eine Kombination mit Antidepressiva hat sich als effizienter gezeigt als alleinige IPT oder alleinige Pharmakotherapie, vor allem was die Nachhaltigkeit von Behandlungserfolg und die Verbesserung der sozialen Anpassung anbelangt [5]. In einer Netzwerk-Metaanalyse, welche die Wirksamkeit verschiedener psychologischer Depressionstherapien miteinander verglichen hat, schnitt die IPT im Allgemeinen ebenbürtig mit den anderen Verfahren (KVT, Behaviorale Aktivierung, Problemlösetherapie, Psychodynamische Therapie, Soziales Kompetenztraining, supportive Therapie) ab, zeigte aber im Speziellen verschiedene Vorteile gegenüber den anderen Ansätzen [22]. Beispielsweise war der einzige signifikante Unterschied zwischen den untersuchten Bedingungen, dass sich die IPT als wirksamer erwies im Vergleich zu supportiver Therapie und in einigen Studien auch geringere Dropout-Raten erzeugte.

Bisher vorhandene Untersuchungen an Jugendlichen zeigen, dass auch die IPT-A wirksam ist [10, 16]. Sowohl im ambulanten [16, 17] als auch im stationären Setting [19] konnte für die Akutbehandlung mit IPT-A bei depressiven Adoleszenten eine signifikante Abnahme der depressiven Symptome [16, 17, 19, 20] nachgewiesen werden. Gleichzeitig verbesserten sich die soziale Funktionsfähigkeit, die soziale Kompetenz und interpersonelle Problemlösefertigkeiten [17, 20].

Merke

Die Interpersonelle Psychotherapie für Adoleszente ist erwiesenermaßen erfolgreich bei der Behandlung unipolar depressiver Jugendlicher.

IPT-A wurde in einer aufwendigen Netzwerk-Metaanalyse neben der KVT als wirksamstes psychologisches Verfahren zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen bewertet [6]. Die Autoren stellten fest, dass von 9 verglichenen Psychotherapien nur IPT und KVT den Kontrollbedingungen überlegen waren.

IPT wird neben der KVT als Psychotherapieverfahren erster Wahl für unipolare Depressionen bei Kindern und Jugendlichen angesehen [6, 21]. Sie hat weniger Therapieabbrüche zu verzeichnen als KVT und erwies sich im Langzeit-Follow-up als bestes Psychotherapieverfahren [6].

KERNAUSSAGEN

Die Interpersonelle Psychotherapie nach Klerman und Weissman (IPT) gehört zu den wirksamsten psychologischen Depressionstherapien. Ausgangspunkt der IPT ist die Annahme, dass depressive Episoden stets in einem zwischenmenschlichen und psychosozialen Kontext auftreten. Orientiert am medizinischen Krankheitsmodell kann die Therapie mit oder ohne begleitende Medikation durchgeführt werden. Im Mittelpunkt der Gespräche stehen die interpersonellen Probleme, die zur Entstehung der depressiven Episode beigetragen haben. Die Festlegung des Behandlungsfokus orientiert sich an 4 bzw. 5 Bereichen, die empirisch am häufigsten in Verbindung mit Depressionen gefunden wurden: komplizierte Trauer, zwischenmenschliche Konflikte, Rollenwechsel, soziale Defizite, arbeitsbezogener Stress. Die therapeutische Arbeit findet im „Hier und Jetzt“ statt und berücksichtigt insbesondere die emotionale Verarbeitung der belastenden Beziehungsereignisse. Das therapeutische Vorgehen ist auf Inhaltsebene strukturiert und fokussiert, auf Beziehungsebene stark unterstützend und ermutigend.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen / Autoren



Anne von Lucadou

Dipl.-Psych. Psychologiestudium in Tübingen, Rom und Freiburg. 2009–2013 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, Approbation 2014. 2009–2010 Tätigkeit an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, Schwerpunktstation für Affektive Erkrankungen. Seit 2009 Anstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. KJP-Zusatzqualifikation 2016. Seit 2015 Tätigkeit in eigener Psychotherapie-Praxis. Zertifizierte IPT-Trainerin, gibt seit 2010 Workshops zur IPT(-A).



Elisabeth Schramm

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Approbierte Klinische Psychologin, psychotherapeutische Supervisorin, Leiterin der Sektion „Psychotherapieforschung in der Psychiatrie“ am Freiburger Uniklinikum und Leitende Psychologin der Privatklinik an den UPK Basel. Begründerin und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für IPT (DGIPT) und des CBASP-Netzwerk e.V. Einführung dieser störungsspezifischen Ansätze im deutschsprachigen Raum. Spezialisierung auf Interpersonelle Psychotherapieansätze, achtsamkeitsbasierte und modulare Ansätze.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Anne von Lucadou

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
im Kindes- und Jugendalter
Hauptstraße 8
79104 Freiburg
Anne.Lucadou@Uniklinik-Freiburg.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag ist eine aktualisierte Version und ersetzt den folgenden Artikel: Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie bei affektiven Störungen. PSYCH up2date 2007; 1: 357–368; Rubrik: Affektive Störungen.

Literatur

- [1] Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 733–739
- [2] Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books; 1984
- [3] Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. The Guide to interpersonal Psychotherapy. Updated and expanded edition. New York: Oxford University Press; 2017
- [4] Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2010
- [5] Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. Am J Psychiatr 2011; 168: 581–592
- [6] Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. World Psychiatry 2015; 14: 207–222
- [7] Cuijpers P, Donker T, Weissman MM et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. Am J Psychiatr 2016; 173: 680–687
- [8] Ravitz P, Watson P. Interpersonal psychotherapy: Healing with a relational focus. Focus 2014; 12: 275–284
- [9] Schramm E, Berger M. Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten Erkrankungen. Nervenarzt 2013; 84: 813–822
- [10] Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy for depressed Adolescents. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004; Deutsche Version der „Teen Tipps“, übersetzt von Anne von Lucadou, Universitätsklinikum Freiburg; 2016. Die „Teen Tipps“ wurden entwickelt von Laura Mufson, Trish Gallagher, Jami Young und Kristen Pollack Dorta. New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons; 2005
- [11] Wittchen HU, Jacobi F, Klose M et al. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2010; Heft 51
- [12] Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G et al. Prevalence and comorbidities of adolescent depression in Germany: An analysis of health insurance data. Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2012; 40: 399–404
- [13] Fegert JM, Petermann F, Freyberger HJ. Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Z Psychiatrie, Psychologie Psychother 2015; 63: 151–153
- [14] Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M et al. Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2013; 17: 1546–1551
- [15] Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz nach Havighurst, nach Dreher & Dreher, 1985, Abbildung S. 59. In: Oerter R, Montada L, Hrsg. Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim: Beltz; 2002
- [16] Gunlicks-Stoessel M, Mufson L et al. The impact of perceived interpersonal functioning on treatment for adolescent depression: IPT-A versus treatment as usual in school-based health clinics. J Consult Clin Psychol 2010; 78: 260–267
- [17] Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 577–584
- [18] Gore FM, Bloem PJ, Patton GC et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. Lancet 2011; 377: 2093–2102
- [19] Brunstein-Klomek A, Zalsman G, Mufson L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). Isr J Psychiatry Relat Sci 2007; 44: 40–46
- [20] Mufson L, Weissman M, Moreau D et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 573–579
- [21] AWMF. Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. AWMF S3-Leitlinie 2013. Im Internet: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-043.html; Stand: 13.12.2017
- [22] Barth J, Munder T, Gerger H et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. PLoS Med 2013; 10: e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- [23] Dietz LJ, Weinberg RJ, Brent DA et al. Family-based interpersonal psychotherapy (FB-IPT) for depressed preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54: 191–199

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-106080>
PSYCH up2date 2018; 12: 39–54
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 2194-8895

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter cme.thieme.de/hilfe eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter eref.thieme.de/ZZX8PYV oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512018154650634



Frage 1

Wer hat die IPT entwickelt?

- A Beck
- B Meyer und Sullivan
- C Bowlby
- D Klerman und Weissman
- E Freud

Frage 2

Welche Aussage zur IPT ist falsch?

- A Die IPT orientiert sich am medizinischen Krankheitsmodell.
- B Die IPT wurde speziell zur Behandlung unipolarer depressiver Episoden entwickelt.
- C Die therapeutische Arbeit bei der IPT findet im Hier und Jetzt statt.
- D Die IPT eignet sich zur Behandlung von Depressionen mit psychotischen Merkmalen.
- E Bei der IPT werden depressionsrelevante Foki vorgeschlagen.

Frage 3

Welche Technik ist untypisch für die IPT?

- A Gefühlsaktualisierung
- B Exploration
- C Sokratischer Dialog
- D Kommunikationsanalyse
- E Klärung

Frage 4

Welche Aussage trifft zu?

- A Die IPT sollte nicht mit medikamentöser Behandlung kombiniert werden.
- B Die IPT repräsentiert eine Therapieschule.
- C Bei der IPT wird davon ausgegangen, dass zwischenmenschliche Probleme die alleinige Ursache der Depression darstellen.
- D Der Behandlungsablauf bei der IPT ist in Phasen gegliedert.
- E Die IPT verfolgt nur ein Therapieziel.

Frage 5

Welche Modifikationen wurden *nicht* für die Anwendung bei Jugendlichen (IPT-A) vorgenommen?

- A mehr Telefonkontakte
- B wöchentliches Einschätzen der Stimmung
- C aktiveres Vermitteln grundlegender Sozialkompetenzen
- D Verhaltensanalyse nach selbstverletzendem Verhalten
- E Einbezug der Eltern in die Behandlung

Frage 6

Eine jugendliche Patientin arbeitet mit der Therapeutin am Fokus Rollenwechsel als Auslöser einer depressiven Episode im Rahmen ihrer Wahl zur Schülervertreterin. Welche Strategie ist zur Bearbeitung dieses Fokus im Rahmen der IPT-A ungeeignet?

- A positive und negative Aspekte alter und neuer Rolle besprechen
- B Ermutigung zum Aufbau eines sozialen Stützsystems
- C Gefühle bezüglich des Verlustes explorieren
- D Stadium des Konflikts bestimmen
- E Ermutigung zum Aufbau neuer Fertigkeiten, welche die neue Rolle erfordert

Frage 7

Eine 14-jährige Jugendliche gibt den Beginn ihrer depressiven Symptome kurz nach ihrem Umzug mit den Eltern in eine größere Stadt an. Auf der neuen Schule (Realschule) habe sie den Eindruck, sie könne bei den Themen ihrer Mitschülerinnen nicht mitreden. Sie ziehe sich zunehmend zurück und grübele über ihre Identität nach. Welcher Problembereich bietet sich im Rahmen der IPT-A zur Bearbeitung der Schwierigkeiten der Patientin an?

- A komplizierte Trauer
- B Rollenwechsel
- C soziale Defizite/Einsamkeit
- D interpersonelle Konflikte
- E Burnout-Erleben

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 8

Wie ist die Therapeutenrolle bei der IPT *nicht* definiert?

- A aktiv
- B therapeutische Beziehung wird nicht als Übertragung thematisiert
- C Advokat des Patienten, unterstützend, ermutigend
- D Therapeutische Beziehung steht als Modell für andere zwischenmenschliche Beziehungen
- E neutral

Frage 9

Welche Kontraindikationen gibt es für die ursprüngliche Form der IPT?

- A keine
- B psychotische Symptome
- C komorbide Störungen
- D rezidivierende, unipolare Episoden
- E schwere Depressionen

Frage 10

Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- A IPT ist wirksamer als Antidepressiva.
- B IPT ist wirksamer als KVT.
- C IPT und KVT sind gleich wirksam.
- D IPT erwies sich als weniger wirksam als Kontrollbedingungen.
- E Antidepressiva sind wirksamer als IPT.

