






DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

10. Jahrgang | Heft 4.2018



-  **Fakten zur Psychotherapie – Update 2018**
-  **Transidentität in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
-  **Not bei der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz**

Anne von Lucadou

Interpersonelle Psychotherapie bei Adoleszenten

Bei der Behandlung depressiver Jugendlicher mit IPT-A stehen zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus. IPT-A ist eine effektive, manualbasierte Kurzzeittherapie. Sie hilft Betroffenen, depressive Symptome zu reduzieren indem problematische Beziehungen und Kommunikationsfertigkeiten verbessert werden.

Schlüsselwörter: IPT, IPT-A, Depression, Psychotherapie im Jugendalter, Adoleszenz, Interpersonelle Beziehungen

Einleitung

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Jugendlichen. In Deutschland erhielten im Jahr 2009 etwa 3,1 % der Kinder und Jugendlichen¹ ambulant die Diagnose einer Depression [1]. Im Rahmen der BELLA-Studie² berichteten 9,7 % der befragten Mädchen und 4,7 % der Jungen³ von depressiven Problemen⁴, die Prävalenzschätzung lag bei 5,4 % [2, 3]. In einer aktuellen Studie⁵ lag die geschätzte Punktprävalenz depressiver Symptomatik sogar bei 8,2 %⁶ [3]. Der Bedarf an wirksamen störungsorientierten Therapieverfahren ist

- 1 Altersgruppe 12–18 Jahre: Mädchen: 3,7%; Jungen: 2,5 %
- 2 Die Studie basiert auf einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe. Die erste Datenerhebung fand zwischen 2003 und 2006 statt. Die Ergebnisse der longitudinalen Verfolgung der Stichprobe stehen noch aus.
- 3 Altersgruppe 11–17 Jahre
- 4 Eine depressive Symptomatik ist nicht mit der Diagnose einer Depression gleichzusetzen, spricht aber für eine subjektive Krankheitsbelastung bei den Betroffenen [2].
- 5 Die Studie basiert auf einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe. 1001 Jugendliche wurden 2017 telefonisch zu depressiven Symptomen und psychosozialen Risikofaktoren befragt.
- 6 Altersgruppe 12–17 Jahre: Mädchen mit 11,6 % statistisch signifikant häufiger betroffen als Jungen (5,0 %).

dementsprechend hoch und scheint weiter zuzunehmen. Der hier vorgestellte Therapieansatz könnte perspektivisch die Versorgung depressiver Jugendlicher verbessern.

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) zur Behandlung akuter unipolarer Depressionen wurde Ende der 1960er-Jahre durch den US-amerikanischen Psychiater Gerald Klerman und Kollegen entwickelt [4, 5, 6]. Das Verfahren setzt direkt an den psychosozialen Lebensumständen der Betroffenen an und bezieht nahestehende Personen systematisch in die Therapie ein. Der theoretische Hintergrund geht auf die Bindungstheorie Bowlbys und die Interpersonelle Schule Sullivans zurück. Die IPT ist jedoch schulenübergreifend einsetzbar, einfach zu erlernen und hat ein flexibles Modell. Auf Grundlage empirischer Befunde, wie z.B. zur Live-Event-Forschung, zur Social-Support- sowie zur Bindungsforschung, geht die IPT davon aus, dass depressive Episoden stets in einem zwischenmenschlichen und psychosozialen Kontext auftreten. Kritische Lebensereignisse haben demnach einen entscheidenden Einfluss auf das Auftreten einer depressiven Störung. Wer eine psychische Vulnerabilität mitbringt und

zusätzlich eine unzureichende soziale Unterstützung hat, leidet unter zwischenmenschlichem Stress besonders. Umgekehrt betrifft die Depression nicht nur den Patienten, sondern auch sein zwischenmenschliches Umfeld und kann interpersonelle Probleme auslösen oder verschlimmern. Im Rahmen der Therapie bekommt der Patient⁷ ein Verständnis dafür, auf welchem „Nährboden“ sich die depressive Erkrankung entwickeln und halten konnte. Ziele der IPT sind die Reduktion depressiver Symptome und die Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsmuster des Betroffenen, um dadurch soziale Unterstützung aufzubauen⁸. Dabei ist der Behandlungsablauf in drei Phasen gegliedert, die bezüglich Direktivität und Vorgehen an die Bedürfnisse und Ressourcen akut depressiver Patienten angepasst sind. Die in der Anfangsphase er-

7 Um eine einfache Lesbarkeit zu ermöglichen, wurde auf die Verwendung beider Geschlechtsbezeichnungen verzichtet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechtsbezeichnungen (männlich/weiblich/divers).

8 Modifikationen der IPT gibt es auch für andere Störungsformen (Bulimie, Soziale Phobie, Dysthymie, Bipolare Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen) und Settings (stationär, Gruppe, Paartherapie, Internet-basierte Therapie).



**Das IPT-A Vorgehen
beinhaltet Psychoedukation,
Gefühlsbearbeitung und
den Aufbau interpersoneller
Fertigkeiten**

hobene Beziehungsanalyse ermöglicht es, später immer wieder auf die relevanten Beziehungen Bezug zu nehmen und dort nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Im Mittelpunkt der Gespräche stehen die interpersonellen Probleme im Hier und Jetzt, die durch problematische Lebensveränderungen, Isolation oder konflikthafte Beziehungen zustande gekommen sind und die Depression aufrechterhalten. Die IPT geht davon aus, dass die Bearbeitung und Veränderung dieser Zusammenhänge die Depression lindert und prophylaktische Wirkung hat.

Interpersonelle Psychotherapie für depressive Adoleszente (IPT-A)

Laura Mufson und Kollegen passen die IPT Ende der 1990er-Jahre auf die speziellen Bedürfnisse depressiver Jugendlicher an. Die Adaption der IPT für Adoleszente wird seit 1994 wissenschaftlich überprüft [7, 8, 9, 10] und ist in einem Manual beschrieben [11]. Bei der IPT-A blieben die übergreifenden Ziele und Problembereiche zwar bestehen, die spezifischen Ziele und Strategien wurden jedoch auf die Entwicklungsaufgaben und Fähigkeiten Jugendlicher angepasst. So werden zusätzlich Themen berücksichtigt wie Identitätsbildung, Autonomieentwicklung, Entwicklung von sexuellen Liebesbeziehungen, Umgang mit Erfahrungen wie Tod und Verlust sowie Druck durch Gleichaltrige.

IPT-A kann alleine oder kombiniert mit antidepressiver Medikation durchgeführt werden. Dem Betroffenen wird eine begrenzte Krankenrolle vermittelt, die nach Möglichkeit die Fortführung des Schulbesuchs unterstützt. Die Behandlung fokussiert vor allem auf den Jugendlichen, bezieht aber die Eltern mit ein. Der Behandler übernimmt eine Vermittlerrolle zwischen Schule und Familie. Gespräche mit Lehrern können vorbesprochen oder im Rahmen einer Helfer-

runde angeleitet werden. Je nach Bedarf wird mit dem Teenager (vor allem zum Therapieanfang) einmal wöchentlich kurz telefonisch über Stimmung und zu erledigende Aufgaben gesprochen. Telefonkontakte stärken die Beziehung sowie das Therapie-Commitment und erinnern den Jugendlichen an seine Therapietermine.

Das IPT-A Vorgehen beinhaltet Psychoedukation, Gefühlsbearbeitung und den Aufbau interpersoneller Fertigkeiten. Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der IPT-A ist freundlich-zugewandt, ermutigend und unterstützend. Die Art der Gesprächsführung ist klärungsorientiert und soll Gefühle erlebbar machen. Die Therapeutin sollte sich stets um eine vertrauensvolle Beziehung und um eine kooperative Zusammenarbeit mit der Jugendlichen bemühen. Dies bedeutet einerseits, dass die Jugendliche selbst herausfinden soll, inwieweit z.B. eine gewaltfreie Kommunikation (siehe Kasten „Teen Tipps“) in einer belastenden Situation für sie angebracht und möglich ist, und welche Konsequenzen das Verhalten hätte („Was würde passieren? Wie würdest du dich fühlen?“). Es bedeutet andererseits, dass die therapeutische Beziehung eingesetzt werden kann, um der Jugendlichen im Rahmen von Rollenspielen ihre Außenwirkung erfahrbar zu machen, falls der Gesprächsstil z.B. feindselig-aggressiv wird. Als zusätzliche Methoden zur „Entschärfung“ ungleicher Vorstellungen zur Lösung eines Konfliktes bieten sich Humor und ad absurdum geführte Folgeszenarien an. Viele Jugendliche kommen danach wieder leichter auf zielführende eigene Lösungsansätze. Obwohl die Therapeutin die Patientin nach Rückmeldung in Bezug auf Geschwindigkeit und Ablauf der Behandlung fragt (gerade, wenn das Gespräch längere Zeit ins Stocken kommt), bleibt das Vorgehen auf Inhaltsebene strukturiert und fokussiert: Nebensächliche Themen werden eingegrenzt; der vereinbarte depressions-relevante Handlungs-

fokus (Problembereich) wird wieder aufgegriffen und therapeutisch bearbeitet. Die IPT konzentriert sich auf einen von vier Problembereichen, die empirisch am häufigsten in Verbindung mit Depressionen gefunden wurden: Komplizierte Trauer, Zwischenmenschliche Konflikte, Rollenwechsel-/übergänge, Soziale Defizite.

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung (12 bis 16 Sitzungen) sollten sich Patientin und Therapeutin auf den wichtigsten Problembereich konzentrieren, selbst wenn es noch andere, zusätzliche Problemfelder gibt. Unabhängig vom gewählten Problembereich wird die Patientin darin unterstützt, ihre Schwierigkeiten in Angriff zu nehmen. Dies kann durch klärende Gespräche geschehen, durch Aktivitäten, die ein positives soziales Miteinander erlebbar machen oder durch die Umsetzung konkreter Lösungsansätze im Alltag.

Da Beziehungen im Rahmen einer depressiven Erkrankung durch Hoffnungslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Reizbarkeit und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung häufig stark belastet werden, wird der zwischenmenschlichen Kommunikation ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die Kommunikationsanalyse stellt somit die Haupttechnik in der mittleren Phase der IPT-A dar. In ihr wird eine interpersonelle Kommunikation im Detail zergliedert, also eine Art „Drehbuch“ einer vergangenen Interaktion erstellt. („Wer hat was gesagt? In welchem Ton, mit welcher Körpersprache? Wie hast du dich gefühlt? Woran hätte deine Mutter merken können, wie du dich gefühlt hast?“)

Ziel ist es, dass der Jugendliche versteht, welchen Einfluss seine Worte und Verhaltensweisen auf andere haben, welche Gefühle er mit seiner Kommunikation vermittelt und beim anderen auslöst. Anschließend wird mit ihm erarbeitet, wie er einen solchen Austausch verändern und dadurch seine Beziehungen verbessern kann. Mithilfe von

Kommunikationsanalysen kann man dysfunktionale Kommunikationsmuster erkennen, benennen und verändern. Dabei werden aktiv Fertigkeiten zur Kommunikation, Entscheidungsfindung und Problemlösung vermittelt⁹. Ein hilfreiches Mittel kann auch die Kommunikationsanalyse anhand sozialer Medien sein. Diese geht über die Analyse von persönlich geführten Gesprächen hinaus. Sie vermittelt zusätzlich zu Vorschlägen zur effektiveren Kommunikation (Teen Tipps) auch Tipps zur kompetenten Online-Kommunikation (Texting Tipps) und zum kompetenten Umgang mit sozialen Medien (Social Media Tipps¹⁰).

Während in der ersten Phase der IPT (Anfangsphase) die Auseinandersetzung mit der Depression und Hoffungsvermittlung im Vordergrund stehen, wird in der zweiten (mittleren) Phase der Problembereich bearbeitet. Für Jugendliche, die im Rahmen ihrer depressiven Erkrankung den Problembereich „Komplizierte Trauer“ bearbeiten müssen, weil eine nahe Bezugsperson gestorben ist, besteht das spezifische Ziel z.B. darin, den verzögerten normalen Trauerprozess zu fördern. Die Jugendliche muss mit dem realen Verlust klarkommen (z. B. dem Tod einer vertrauten Bezugsperson, deren Rolle es war, ihr Verständnis und Stabilität zu geben während des Entwicklungsprozesses zu mehr Autonomie und Individuation). Um nicht weiter „festzustecken“, sollte sie zu einem ausgewogenen Bild der positiven und negativen Aspekte der spezifischen Beziehung mit der Verstorbenen kommen und andere Beziehungen finden oder verbessern,

die Unterstützung, Begleitung oder Anleitung bieten. Um diese Ziele zu erreichen, werden verschiedene Strategien angewandt. Jede dieser Strategien beinhaltet den Gebrauch einer Reihe möglicher Techniken, die hier nicht ausführ-

lich erklärt, jedoch am Fallbeispiel skizziert werden können.

In der dritten Phase (Beendigungsphase) werden das Therapieende und die Zeit danach vorbereitet. Therapeutische Fortschritte, zu-

Teen Tipps [11, 15]:

1. 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. Führe wichtige Gespräche erst dann, wenn die Gemüter abgekühlt sind.

2. 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.

3. 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.

4. Konkret bleiben:

- Sprich mit anderen von der jetzigen Situation, um die es dir geht.
- Vermeide Verallgemeinerungen wie „immer“, „nie“ oder „alles“.

5. Kompromissbereit sein:

- Bei Kompromissen zwischen zwei Standpunkten trifft man sich in der Mitte des Weges: „Ich komme dir entgegen, du kommst mir entgegen.“ So wird Stillstand vermieden und jeder bekommt ein bisschen von dem, was er will.
- Versuche einen Kompromiss zu finden oder einen Deal zu machen (z.B. „Ich demonstriere, dass ich Verantwortung übernehme und bekomme dafür eine Belohnung / einen Vertrauensvorschuss.“)

6. Lösungen überlegen:

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

7. 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!



Stellenangebot

Die AWKV gGmbH – Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Klinische Verhaltenstherapie, staatlich anerkannte Ausbildungsstätte, sucht zum baldmöglichsten Eintrittstermin für die **Leitung der KJP-Ausbildungsambulanz in Kassel**

eine/n

Psychologische/n Psychotherapeuten/in

für 25 bis 30 Stunden
an 4 Tagen / Woche

Voraussetzung:

- Fachkundenachweis Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Ihre Aufgaben:

- Fachaufsicht für die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Ausbildung
- Konzeptuelle Aufsicht und Weiterentwicklung des Ambulanzkonzeptes
- Erstgespräche mit den Patienten in der Ambulanz und Weiterleitung an die Ausbildungsteilnehmer

Nähere Informationen:

Doerthe Klingelhöfer
Geschäftsführerin AWKV
Email: gf@awkv.de
Telefon: 0561 – 8164 3814

Bewerbungen richten Sie an:

AWKV, Geschäftsführung
Friedrich-Ebert-Str. 110
34119 Kassel

Bewerbungsschluss:
31.12.2018

www.awkv.de

⁹ Entwicklungsbedingt unterschätzen Jugendliche den Einfluss ihrer gegenwärtigen Handlungen auf ihr zukünftiges Leben und neigen zu „Schwarz-Weiß-Denken“. Deshalb müssen Therapeuten, die mit Adoleszenten arbeiten, mit diesen über mögliche Konsequenzen ihrer aktuellen Entscheidungen sprechen. Und sie gegebenenfalls auf „Graubereiche“ hinweisen, um ihnen zu verdeutlichen, dass sie mehr Optionen zur Verfügung haben, als sie bereits realisieren.

¹⁰ Texting Tipps und Social Media Tipps als Download verfügbar unter www.psychotherapie-lucadou.de/tipps

künftige Schwierigkeiten und Frühwarnzeichen werden besprochen. Der Prozess des (auch emotionalen) Abschiednehmens mit der Patientin kann ihr zeigen, wie Beziehungen auf gute Weise enden können. Das ist wichtig, weil einige die Erfahrung gemacht haben, dass eine Beziehung nur dann zu Ende geht, wenn in der Beziehung etwas schiefgelaufen ist. Die Notwendigkeit von Erhaltungssitzungen sollte unter Berücksichtigung der aktuellen Situation der Jugendlichen geprüft und in die Wege geleitet werden. Das folgende Fallbeispiel soll das Vorgehen in den einzelnen Phasen verdeutlichen.

Fallbeispiel zum Problembereich „Komplizierte Trauer“

Die 14-jährige Pia wird in Begleitung eines Gemeinde-Seelsorgers als Notfall in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Seit sechs Monaten gebe es eine zunehmende depressive Entwicklung. Tags zuvor habe sie sich mit einem Messer erstmalig selbst verletzt. Pia berichtet von zunehmender Freudlosigkeit, Reizbarkeit und Niedergeschlagenheit. Sie weine viel, schlafe schlecht und es sei ihr gerade „alles zuviel“. Selbstmordgedanken habe sie aber nie gehabt. Als Auslöser benennt sie den Tod einer Freundin der Familie. Diese sei für sie Vorbild und Ansprechpartnerin bei Problemen gewesen. Nach ihrer Beerdigung sei in der Familie nicht mehr über den Verlust gesprochen worden. Zur Mutter bestehe ein angespanntes Verhältnis, mit dem Vater komme sie besser zurecht. Beide kümmern sich aber viel um die jüngeren Geschwister und erwarteten von ihr, dass sie sich ebenfalls an der Betreuung beteilige. In ihrer Realschulklasse fühle sie sich als Außenseiterin und gehe nicht mehr gerne hin. Sie mache sich großen Druck, ihre guten schulischen Leistungen trotz verschlechterter Konzentration aufrechtzuerhalten, und wolle es allen

recht machen. Doch jetzt wisse sie „einfach nicht mehr weiter“.

Anfangsphase der IPT-A: Auseinandersetzung mit der Depression

Unter Einbezug der Eltern erfolgte eine ausführliche Psychoedukation über die depressive Erkrankung und darüber, was diesen Zustand verbessern oder auch verschlechtern könne. Der Patientin wurde eine zeitlich limitierte Krankrolle zugeteilt, und ihr damit die „Berechtigung zum Kranksein“ gegeben. Anschließend wurde ein angemessener Umgang mit der Erschöpfung, Reizbarkeit, den Konzentrations- und Schlafstörungen erarbeitet.

Im Rahmen der Beziehungsanalyse zeigte sich bei Pia nach dem Versterben der Familienfreundin Petra ein Mangel an Vertrauenspersonen. Das (auch pubertätsbedingt) verschlechterte Verhältnis zu den Eltern konnte nicht mehr durch soziale Unterstützung von außen kompensiert werden. Daher wurde als IPT-A Problembereich „Trauer“ gewählt und als Behandlungsfokus festgelegt. Die Patientin einigte sich mit der Therapeutin auf folgende Ziele: 1. Über den Verlust von Petra reden (Trauerprozess durcharbeiten); 2. Schmerzhaftes Gefühle aushalten lernen (statt vermeiden).

Mittlere Phase: Bearbeitung der interpersonellen Belastungen, die mit der Depression in Zusammenhang stehen

Nachdem der Problembereich festgelegt war, holte sich die Therapeutin das Commitment von der Jugendlichen bezüglich des weiteren Vorgehens ein: „Ich kann mir vorstellen, dass es für dich abschreckend ist, über den Tod von Petra und eure Beziehung zu sprechen. Es ist normal, sich überfordert zu fühlen, wenn man sich mit einem so traurigen Thema beschäftigen soll. Ich werde dir dabei helfen,

das auszuhalten. Wir werden ganz langsam vorgehen. Ich achte darauf, dass es nicht zu viel für dich wird. Bevor wir weitererzählen, schauen wir immer, ob du dich dazu bereit fühlst. Bist du einverstanden? Auch wenn es sich jetzt schlimm anfühlt, darüber zu sprechen – ich versichere dir, mit der Zeit wird es einfacher. Letztendlich wird es dir helfen, dich besser zu fühlen.“

Förderung des Trauerprozesses

Zunächst erfolgte eine Rekonstruktion der Beziehung. „Erzähl mir über eure verstorbene Freundin. Was war sie für ein Mensch? Kannst du beschreiben, was du an Petra mochtest? Was habt ihr zusammen erlebt? Wie lange kanntest du sie? Was hat euch miteinander verbunden? Was habt ihr Schönes zusammen unternommen? Die meisten Menschen erleben ja gute und schlechte Zeiten in ihren Beziehungen. Gab es auch Probleme in eurer Beziehung?“. Die Therapeutin ließ sich die Ereignisse kurz vor, während und nach dem Tod beschreiben: „Kannst du mir von der Zeit erzählen, als du von ihrer Krankheit/als du von ihrem Tod erfahren hast? Wie war das für dich? Wie hast du dich gefühlt? Was fühlst du jetzt, wenn wir darüber reden?“. Mit den therapeutischen Gesprächen gelangte die Patientin nach und nach zu einer ausbalancierten Einschätzung der Bedeutung des Verlustes.

Entwicklung anderer unterstützender Beziehungen und Wiedereingliederung in das soziale Umfeld

Um den Verlust der Vertrauensperson auszugleichen, wurden im weiteren Verlauf Energien zur Wiederaufnahme von Interessen und befriedigender Beziehungen mobilisiert. Hierzu ein Gesprächsausschnitt: „Würde Petra wollen, dass du mit niemand anderem mehr Spaß hast, weil sie gestorben



Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

ist?“ „Nein, ganz bestimmt nicht.“ „Was würde Petra dir raten, wenn sie noch leben würde?“ „Ich weiß es nicht.“ „Mehr zu lernen?“ „Eher nicht.“ „Oder mehr Schönes zu erleben, zu lachen, dich zu verlieben?“ [Längeres Schweigen.] „Ja, ich glaube, sie würde mir sagen, ich solle mein Leben genießen. Sie selbst war auch total lebensfroh, obwohl sie bereits Krebs hatte.“ [Schweigen.] „Wer könnte dir denn helfen, wieder an etwas Spaß zu haben? Mit wem, außer mit Petra, könntest du etwas genießen? Wie würdest du gerne wieder mehr mit Leuten in Kontakt kommen? An welchen Aktivitäten könntest du teilnehmen? Womit würdest du dich am wohlsten fühlen? Falls es denn welche gibt – was wären deine Bedenken?“ In der Folge achtete Pia mehr auf schöne Momente mit Menschen und näherte sich einer eher stillen Klassenkameradin an, die ihr bis dahin nie aufgefallen war. Sie verabredete sich öfter mit ihr, zunächst nur, um gemeinsam Hausaufgaben zu machen, dann auch zum Kinobesuch und schließlich verbrachten sie sehr fröhliche Tage bei den Fastnachtsumzügen in der Umgebung. Nach und nach begann sich eine vertrauensvolle Freundschaft zwischen den Mädchen zu entwickeln.

Während die Therapeutin sich in der Mittleren Phase bei der Auswahl der Themenbereiche immer mehr zurücknahm, begann Pia, ihre Enttäuschung und Traurigkeit darüber zum Ausdruck zu bringen, „dass mich keiner versteht“. Bei Kommunikationsanalysen zeigte sich ein interpersonelles Vermeidungsverhalten, was andere dazu einlud, ihre Bedürfnisse zu ignorieren. Selbst bei den ihr nahestehenden Personen verheimlichte sie Gefühle wie Ärger oder Enttäuschung. Ihre Wünsche oder Bedürfnisse (wie z.B. zuhause beim Gespräch mit ihrer Freundin ungestört sein zu wollen) äußerte sie nicht. Über das Besprechen der ungünstigen Konsequenzen dieser Kommunikationsgewohnheiten konnte bei

Pia eine Veränderungsmotivation geweckt werden. Abgestimmt auf ihre Schwierigkeiten wurden ihr einige der aufgeführten Kommunikations- und Verhandlungstipps vermittelt [11].

Nachdem sich Pia über ihren Wunsch klar geworden war, mit dem Vater über den Verlust der Freundin zu sprechen, wurde ein solches Gespräch konkret vorbesprochen. „Was ist dein Ziel? Ohne dir groß Gedanken zu machen, wie du es sagen könntest – was willst du rüberbringen? Wie könnten wir das in einer Weise ausdrücken, die einen positiven Ausgang des Gespräches wahrscheinlicher macht? Könnte eine Strategie aus den Teen Tipps helfen? Welcher dieser Teen Tipps wäre hier hilfreich? Wie würdest du das Gespräch anfangen? Was würde dein Vater antworten? Was könntest du als nächstes sagen?“ Im Rollenspiel spielten Therapeutin und Patientin mehrere Varianten durch, um auf mögliche Schwierigkeiten vorbereitet zu sein. Ein anschließendes Gespräch mit dem Vater außerhalb der Therapiesitzung unter Anwendung der neu erlernten Fertigkeiten führte zu einer warmherzigen und wohltuenden Aussprache.

Beendigungsphase der IPT-A:


Abschiedsprozess und Rückfallprophylaxe

Pia wurde frühzeitig auf das nahende Therapieende vorbereitet. Nach 16 Sitzungen war sie, ohne Einnahme von Medikamenten, fast vollständig remittiert. Sie hatte sich von lähmenden Aspekten befreien und eine innere Repräsentanz der Toten aufbauen können: „Manchmal vermisse ich Petra immer noch sehr. Aber ich kann inzwischen ohne Angst an sie denken. Ich frage mich dann immer: ‚Was würde Petra in dieser Situation machen?‘ Und ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mich auch meinem Vater anvertrauen kann. Vor allem aber habe ich endlich eine Freun-

din, mit der ich reden kann. Und ich weiß jetzt: Gute Schulnoten sind nicht das einzige im Leben, was zählt.“

Wirksamkeit

IPT-A gilt zusammen mit der kognitiven Verhaltenstherapie als erste Wahl der psychologischen Verfahren zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen [12] und wird in nationalen und internationalen Versorgungsleitlinien empfohlen [16]. Sie ist nachweislich erfolgreich bei der Behandlung unipolar-depressiver Jugendlicher und zwar im ambulanten als auch im stationären Setting und selbst bei schweren Depressionen [9].

Eine aktuelle Pilotstudie aus der Arbeitsgruppe der Autorin untersuchte die Durchführbarkeit und Wirksamkeit von IPT-A. In dieser zeigte sich durch die ambulante, 16 Sitzungen umfassende, Therapie bei depressiven Adoleszenten zwischen 12 bis 18 Jahren eine signifikante Abnahme depressiver Symptome und eine Verbesserung des Funktionsniveaus. Die Behandlung erfuhr vonseiten der Patienten und deren Eltern eine hohe Akzeptanz und verzeichnete kaum Abbrüche [17]. Die Wirksamkeit von IPT-A wurde somit in mehreren internationalen und einer nationalen Studie belegt. Da sie direkt an den Beziehungen der Betroffenen ansetzt, sind rasche Erfolgserlebnisse schon in wenigen Wochen, aber auch eine nachhaltige Verbesserung der sozialen Unterstützung möglich. Dies ist sowohl für die Betroffenen und deren Familien als auch für die Leistungserbringer attraktiv. 

Mithilfe von Kommunikationsanalysen kann man dysfunktionale Kommunikationsmuster erkennen, benennen und verändern

Anne von Lucadou

Studium der Psychologie in Tübingen, Rom und Freiburg. Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 2009. KJP-Zusatzqualifikation 2016. Seit 2015 in eigener Psychotherapiepraxis. Gibt als zertifizierte Trainerin seit 2010 Workshops zur IPT(-A).

