

Interpersonelle Psychotherapie – Teil 1

Die IPT der Depression als störungsorientierter Ansatz

Die interpersonelle Psychotherapie – kurz IPT – ist eine psychologische Depressionstherapie, die direkt an den belastenden interpersonellen Lebensbezügen des Betroffenen ansetzt. Dabei liegt der Behandlungsfokus auf dem zwischenmenschlichen Kontext, in dem sich die depressive Episode entwickelt hat.

ELISABETH SCHRAMM, SUSAN MEHRAEIN, FREIBURG, ECKHARD DANNEGGER, LÖRRACH

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) gehört zu den am besten untersuchten und evidenzbasierten Methoden zur Behandlung akuter Depressionen [1]. Sie wurde vor über 40 Jahren von dem US-amerikanischen Psychiater Gerald Klerman et al. [2, 3, 4] ursprünglich speziell zur ambulanten Therapie unipolar-depressiver Episoden entwickelt. Zwischenzeitlich wurde das Schulen übergreifende Modell auf der Grundlage fortgesetzter Forschung, aber auch einem wachsenden Bedarf im Gesundheitswesen zur Behandlung depressiver Störungen über die gesamte Lebensspanne (von Jugendlichen bis Patienten im hohem Lebensalter) sowie in verschiedenen Formaten (z. B. als Gruppentherapie, stationäres Programm, über Internet etc.) erweitert. Die IPT wurde außerdem erfolgreich für verschiedene andere psychische Erkrankungen wie bipolare Störungen, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen sowie für verschiedene Kulturen modifiziert [5]. Auf der Basis zahlreicher Studien [1] wird die IPT in nationalen (S3) und internationalen Leitlinien, unter anderem auch der WHO [6] empfohlen. Eine internationale Organisation (International Society of Interpersonal Psychotherapy) und für den deutschsprachigen Bereich eine Deutsche Gesellschaft für IPT (DG-IPT) wurden gegründet.

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Die IPT setzt direkt an den depressionsrelevanten zwischenmenschlichen Le-

bensbezügen des Patienten an, die sich auf Verluste (auch Einsamkeit), Veränderungen oder Konflikte beziehen. Vom theoretischen Hintergrund her bezieht sich die Methode auf den interpersonellen Ansatz von Adolf Meyer und seinem Schüler Harry Stack Sullivan sowie auf die Bindungstheorie Bowlbys. Besonders kennzeichnend für die IPT ist aber vielmehr die Orientierung an empirischen Befunden zur Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen wie beispielsweise an Befunden aus der Life-Event-, der Social-Support- sowie der Bindungsforschung, die auf die Bedeu-

tung sozialer Netze und enger zwischenmenschlicher Beziehungen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse hingewiesen haben. Eine Depression wird deshalb unabhängig von ihrer komplexen Entstehung immer auch in ihrem aktuellen psychosozialen Kontext betrachtet, zum Beispiel im Rahmen eines aktuellen interpersonellen Konflikts. Die depressiven Symptome entwickeln sich im Zusammenspiel von zwischenmenschlichem Stress, unzureichender sozialer Unterstützung und psychischer Vulnerabilität, zum Beispiel im Rahmen eines unsicheren Bindungsstils. Basierend auf

Die IPT kann Strategien entwickeln nicht bewältigte Rollenwechsel und Gefühle sowie Wünsche zu kommunizieren.



© JackF / Fotolia.com

Ablauf einer Behandlung mit IPT

Frau F. ist eine 32-jährige Mutter von drei schulpflichtigen Töchtern, seit 15 Jahren verheiratet und derzeit Hausfrau. Depressive Symptome traten erstmals vor zehn Monaten auf, nachdem sie erfuhr, dass ihr Mann einer beruflichen Beförderung zugesagt hatte, ohne es zuvor mit ihr und der Familie zu besprechen. Die Beförderung machte einen Wechsel des Wohnorts nötig. *„Zuerst war ich wütend, aber ich sagte nichts aus Angst, ich könnte zu viel zerstören. Dann fühlte ich mich hilflos, niedergeschlagen und ich kämpfte mit Schuldgefühlen.“*

Frau F. gab also nicht nur unfreiwillig ihre vertraute Umgebung und Beziehungen auf, sondern sie fühlte sich auch von ihrem Mann übergangen. *„Er ist sehr dominant und seine Karriere ist das Wichtigste für ihn. Die Kinder und ich – wir sehen ihn kaum noch.“*

Fokus

— „Interpersonelle Konflikte“, sekundär
— „Rollenwechsel“

Ziele

(hier exemplarisch nur für Konflikte)

- Konflikt benennen und gemeinsam einen Handlungsplan entwickeln
- Kommunikation zwischen den Partnern verbessern

Strategien

- Stadium des Konflikts bestimmen: Paarkonflikt im Stadium der Sackgasse
- Worum geht es? Ungleichgewicht von „Dominanz und Unterordnung“ sowie von „Nähe und Autonomiebestreben“ zwischen beiden Partnern
- Kommunikation und/oder Erwartungen verändern
- Problemlösung bezüglich der veränderten Situation (Umzug)

Techniken

Klärung: Welche unterschiedlichen Werte und Erwartungen tragen zum Konflikt bei?

Kommunikationsanalysen: Eine ausgeprägte Konfliktvermeidung von Seiten der Patientin wird im Rahmen ihrer belastenden Bindungsgeschichte (gewaltsame Auseinandersetzungen der Eltern) deutlich. Frau F. kommuniziert weder ihre Bedürfnisse, noch ihre Gefühle offen.

Rollenspiele: Vorbereitend für die Sitzungen mit dem Partner übt Frau F. im Rollenspiel, Gefühle und Wünsche zu kommunizieren, zum Beispiel: „Ich fühle mich von dir übergangen und es macht mich wütend, dass du mich nicht mit einbeziehst. Ich möchte, dass du in Zukunft alle Entscheidungen, die uns betreffen, vorher mit mir besprichst.“

Im Paargespräch werden gemeinsam Verhaltensregeln aufgestellt, wie zum Beispiel:

1. „Die Bedürfnisse jedes Familienmitglieds sind wichtig, keiner wird übergangen.“
2. „Wenn jemand ein Anliegen hat, muss er es klar äußern.“

Emotionale Arbeit: Klärung von Ängsten im Zusammenhang mit Konfliktvermeidung, Exploration der Bindungsgeschichte. Umgang mit Ängsten, verlassen zu werden. Funktion von und Umgang mit Wut und Enttäuschung. Klärung von blockierenden Schuldgefühlen.

Entscheidungsanalyse: Frau F. bespricht mit ihrem Mann Alternativen zur neuen Situation des Wohnortwechsels. Sie willigt ein, dort wohnen zu bleiben. Ihr Mann sagt zu, seine Arbeitszeiten zu begrenzen und sie beim Aufbau eines sozialen Netzes zu unterstützen (z. B. Einweihungsfeier arrangieren, gemeinsam einem Tennisclub beitreten, etc.).

Nach 16 Sitzungen war Frau F. weitgehend remittiert. „Es gibt zwar immer noch Höhen und Tiefen, aber ich habe gelernt, mit Unstimmigkeiten offen umzugehen und Auseinandersetzungen nicht mehr zu vermeiden. Wir sind uns dadurch wieder näher gekommen.“

tische Grundlagen stützt und sich ideologisch mit der jeweiligen Schule identifiziert. Kritisiert wurde die IPT wegen ihres partiell atheoretischen Ansatzes und der sich teilweise widersprechenden Annahmen (z. B. die Zuschreibung einer Krankenrolle nach dem medizinischen Modell bei gleichzeitiger Fokussierung psychosozialer Stressoren und mangelnder Bewältigungsmöglichkeiten; vgl. [7]).

Durchführung und Ziele

Die IPT ist in ihrer Ursprungsform als Kurzzeit-Einzeltherapie im Umfang von zirka 12 bis 20 Sitzungen konzipiert und liegt in manualisierter Form vor [4]. Sie orientiert sich grundsätzlich am medizinischen Krankheitsmodell, kann mit oder ohne medikamentöse Begleitbehandlung durchgeführt werden und legt den Behandlungsschwerpunkt im „Hier und Jetzt“ auf die Bearbeitung aktueller sozialer Probleme. Der Behandlungsablauf war zunächst in drei Abschnitte gegliedert, die jeweils störungsorientiert unterschiedliche Ziele verfolgen (z. B. akute Entlastung und Hoffnungsvermittlung in der ersten Behandlungsphase). Der Ablauf wird aufgrund der Datenlage (hohe Rückfallgefahr bei rezidivierenden Depressionen) seit einiger Zeit durch eine vierte Therapiephase ergänzt [3, 4].

Erste, initiale Phase

Die erste Phase der Behandlung, die sich im ambulanten Rahmen von der ersten bis zirka zur dritten Therapiesitzung erstreckt, dient der systematischen Erhebung der Symptomatik, damit für den depressiven Patienten erkennbar wird, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die als Depression bezeichnet wird. Der Therapeut informiert den Patienten ausführlich über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten, mit dem Ziel, ihn dadurch gegebenenfalls von Selbstvorwürfen zu entlasten und Hoffnung zu vermitteln. Zur Unterstützung wird dem Patienten unter Einbeziehen einer Bezugsperson die „Krankenrolle“ zugeteilt. Ergänzend werden alle wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen exploriert, um die depressive Störung in einen interpersonellen Kontext stellen zu können.

den theoretischen und empirischen Beobachtungen wird bei der IPT der Behandlungsschwerpunkt auf die Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster des Patienten mit seinen Bezugspersonen und auf den Aufbau sozialer Unterstützung gelegt. Die IPT basiert damit auf der An-

nahme, dass das Erfassen, Bearbeiten und Verändern dieser Zusammenhänge depressionslindernd wirkt und prophylaktische Wirkung hat. Neben eigenen spezifischen Behandlungselementen werden auch Strategien und Techniken anderer Therapierichtungen verwendet, ohne dass sich die IPT auf deren theore-

Zweite Phase: Arbeit am Problembereich

In der zweiten Phase der Behandlung, die sich zirka von der vierten bis zur 13. Therapiesitzung erstreckt, einigen sich Patient und Therapeut zunächst auf einen Behandlungsfokus, der dann im weiteren Verlauf bearbeitet wird. Dieser Behandlungsfokus ist inhaltlich auf einen von vier (oder fünf) Bereichen interpersoneller Belastung ausgerichtet, die empirisch am häufigsten in Verbindung mit Depressionen gefunden wurden. Es handelt sich dabei um die folgenden vier klassischen Bereiche:

- Komplizierte Trauer
- Ungelöste zwischenmenschliche Auseinandersetzungen und Konflikte
- Nicht bewältigte Rollenwechsel und -übergänge
- Interpersonelle Defizite, die in Einsamkeit resultieren.

In den letzten Jahren wurde die Evidenz für einen fünften Fokus „Arbeitsstress“ [8] deutlich, bei dem zusätzliche Strategien aus dem Bereich der Achtsamkeit und Verhältnisprävention eingesetzt werden.

Der zu bearbeitende Problembereich sollte in engem Zusammenhang zur Entstehung der aktuellen depressiven Episode stehen. Je nach gewähltem Fokus sollen nun der Verlust einer Bezugsperson angemessen betrauert werden, Konflikte oder Rollenwechsel erkannt und gelöst oder soziale Defizite bearbeitet werden, mit dem Ziel, soziale Unterstützung zugänglich zu machen. Bei Arbeitsrollen-bezogenem Stress (Burnout-Erleben, Konflikte oder Veränderungen am Arbeitsplatz; Orientierungslosigkeit beim Finden einer Arbeitsrolle) soll in erster Linie wieder eine gesunde Balance zwischen Leistungs- und Beziehungswerten hergestellt werden.

In der mittleren Phase der Behandlung ist die Akutsymptomatik häufig bereits teilweise abgeklungen, und die Krankenrolle kann nach und nach zurückgenommen werden, sodass der Patient bestärkt wird, aktiv an der Genesung mitzuarbeiten. Das therapeutische Vorgehen ist in erster Linie unterstützend und ermutigend und hat nach einer emotionalen Klärungsphase die angemessene Bewältigung des Problembereichs zum Ziel.

Dritte Phase: Beendigungsphase

In der Beendigungsphase, die ungefähr zur 14. Therapiesitzung einsetzt, werden das Therapieende und die Zeit danach vorbereitet. Es erfolgt eine Zusammenfassung der therapeutischen Fortschritte und das emotionale Begreifen dieser Therapiephase als Abschiedsprozess.

Vierte Phase: Erhaltungsphase

In der Erhaltungsphase (zirka 17. – 30. Sitzung) liegt der Fokus darauf, die Remission beizubehalten, indem nun über alle fünf Foki hinweg mit rückfallprophylaktischen Strategien gearbeitet wird. Dabei liegt der Fokus weiterhin auf dem Zusammenhang zwischen interpersonellen Ereignissen und der Stimmung sowie der sozialen Leistungsfähigkeit.

Techniken

Die in der IPT eingesetzten Therapieformen sind größtenteils anderen Therapieformen entlehnt und zum Teil modifiziert. Im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen wie zum Beispiel der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist sie weniger Technik-, sondern vielmehr strategienorientiert. Im ersten Therapieabschnitt kommen hauptsächlich explorative, psychoedukative und Symptombewältigungstechniken zur Anwendung (z. B. Ermutigung, Ratschläge und positive Rückmeldung). In den beiden letzten Phasen der Behandlung stehen vorwiegend die Förderung von Einsicht, emotionales Lernen und zwischenmenschliche Problemlösung (z. B. Ausweitung eines Themas, Klärung, Ausdrücken und Akzeptieren negativer Gefühlszustände, Kommunikationsanalyse) im Vordergrund.

Wirksamkeit

Anhand zahlreicher, überwiegend hochqualitativer Studien, erbrachten Cuijpers et al. in einer Metaanalyse den Wirksamkeitsnachweis gegenüber Placebo-beziehungsweise Kontrollbedingungen und eine Gleichwertigkeit der IPT gegenüber KVT [1]. Als weniger wirksam erwies sich die Intervention im Vergleich zu selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bei Dysthymie jedoch in der Kombination wirksamer als alleinige Medikation (sowohl akut als auch in der Erhaltungsphase).

Die Modifikationen des Ansatzes konnten in weiteren Studien als wirksam belegt werden [5]: bei depressiven Jugendlichen und älteren Patienten, bei postpartalen Depressionen, HIV-positiven depressiven Patienten, bipolaren Störungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), in anderen Kulturen sowie im stationären Setting. Weniger erfolgreich erwies sich die Methode bei anorektischen Patienten, Dysthymie und chronischer Depression sowie Substanzabhängigkeit.

Fazit für die Praxis

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass die IPT ein wirksames Therapieverfahren darstellt, das besonders den zwischenmenschlichen Kontext berücksichtigt, relativ leicht zu erlernen ist und für Patienten und deren Bezugspersonen durch den hohen Lebensbezug als sehr plausibel erscheint. Das Vorgehen ist keiner der etablierten Therapieschulen zuzuordnen und verwendet sowohl eigene spezifische als auch von anderen Therapierichtungen entlehnte Techniken.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

In Teil 2 des Artikels im nächsten Neurotransmitter wird die Frage diskutiert, warum eine Schulung in IPT für Nervenärzte und Psychiater die Realität der ambulanten Versorgung Depressiver verbessern könnte.

AUTOREN

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Dr. med. Susan Mehraein
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Fachärztin für Neurologie
Münsterplatz 12, 79098 Freiburg

Dr. med. Eckhard Dannegger
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Basler Str. 81, 79540 Lörrach
E-Mail: praxis@dannegger-loerrach.de

Literatur

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168: 581–592.
2. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. 1984; New York: Basic Books.
3. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. 2007; New York: Oxford University Press.
4. Schramm E. *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. 2010; Stuttgart: Schattauer.
5. Ravitz P, Watson P. Interpersonal psychotherapy: Healing with a relational focus. *Focus* 2014; 12: 275-284.
6. World Health Organization. *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental health gap action program (mhGAP)*. 2010; Geneva: World Health Organization.
7. McCullough JP. *Treatment for chronic depression, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. 2000; Guilford: New York (dt. Übersetzung: *Psychotherapie der chronischen Depression: CBASP*. 2006; München: Elsevier).
8. Schramm E, Berger M. *Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten depressiven Erkrankungen*. *Nervenarzt* 2013; 84: 813-822.