

Interpersonelle Psychotherapie – Teil 2

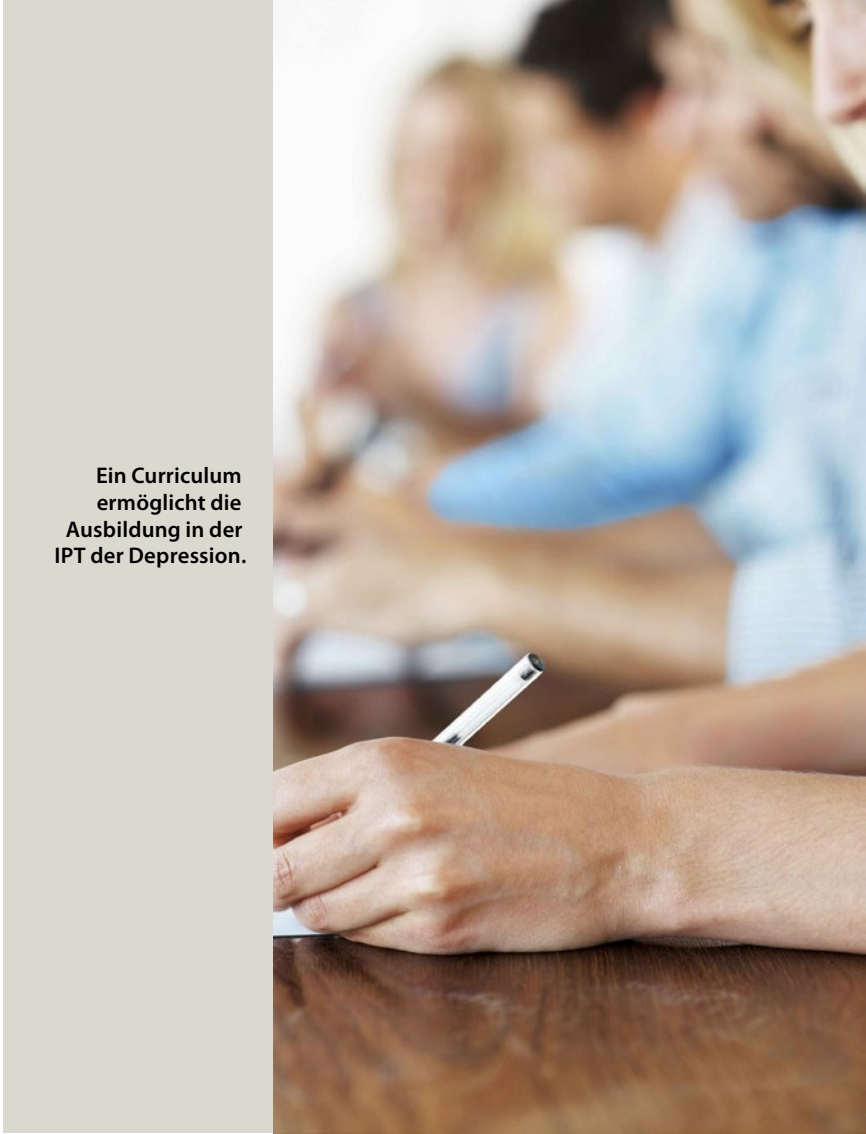
Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern

Obwohl die interpersonelle Psychotherapie (IPT) in allen nationalen Leitlinien als sehr effektiv bewertet wird, ist sie in Deutschland in der ambulanten Behandlung nahezu unbedeutend. Dabei gibt es gute Gründe, warum dieses Verfahren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine größere Bedeutung gewinnen sollte.

ECKHARD DANNEGGER, LÖRRACH, ELISABETH SCHRAMM, FREIBURG

Die IPT wird in den nationalen Versorgungsleitlinien zur unipolaren Depression empfohlen. Sie trägt als Therapieverfahren der komplexen Entstehung und dem Verlauf der Depression Rechnung. Sie ist geeignet und wirksam für die Akutbehandlung und für die Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depression [1]. Die therapeutische Vorgehensweise bei der IPT wurde im Artikel von Schramm, Mehraein und Dannegger im NeuroTransmitter 2016; 27 (3) dargestellt.

Eine Kombination mit Antidepressiva hat sich dabei wirksamer erwiesen, als eine ausschließliche Psychotherapie oder alleinige Pharmakotherapie [1], vor allem was die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs, aber auch was die Verbesserung der sozialen Anpassung anbelangt. Die Medikamentencompliance wird ebenfalls positiv beeinflusst und Absetzeffekte der Medikation können abgemildert werden. Die überwiegende Mehrzahl depressiver Patienten (75%) bevorzugt eine (zusätzliche) psychotherapeutische Behandlung, was eine besondere Bedeutung hat, da die Präferenz sich als hochrelevanter Moderator für Response nachweisen ließ [2]. Dennoch ist die IPT in Relation zu ihrer Effektivität in der ambulanten Versorgung fast bedeutungslos, sie wird nur in wenigen Fällen eingesetzt. Dabei gibt es gute Gründe, warum dieses Verfahren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine größere Bedeutung gewinnen sollte.



Ein Curriculum ermöglicht die Ausbildung in der IPT der Depression.

Das subjektive Krankheitsverständnis von depressiven Patienten ist in der Phase der Erstmanifestation oft von persönlichem Defiziterleben (Versagensgefühle, Ängste, Überforderung) oder sozialer oder kommunikativer Hilflosigkeit (z. B. Burn-Out, Mobbing) geprägt. Psychophysiologische Aspekte werden am ehesten durch genetische Erklärungen (positive Familienanamnese) spontan von Patienten benannt, eine Transmitter-Störung als subjektives Ursachenmodell ist eher selten. Viele Patienten favorisieren eine psychotherapeutische Behandlung. Ohne zu wissen und von den primär aufgesuchten Ärzten zu erfahren, welche Therapieverfahren die besten Heilungschancen bringen, werden in der Regel aber nur diejenigen Therapien eingesetzt, die zeitnah zur Verfügung stehen und die die GKV finanziert. In vielen Regionen Deutschlands findet daher keine optimale leitliniengerechte Therapie depressiver Störungen statt.

Gut für die ambulante Therapie

Das Phasenmodell und der Kurzzeitcharakter in der IPT sind sehr gut für die ambulante Therapie geeignet. Nach einer systematischen Erhebung von Symptomen ist die Zuschreibung der Krankenrolle für Patienten oft hilfreich und sie erleben dies als Erleichterung sowie erste Ermutigung, soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Vor allem Patienten mit hohem Erwartungsdruck ihrer Umgebung an ihr „Funktionieren“ und einer geringen Akzeptanz der Umgebung für die depressive Störung profitieren von der Zuschreibung der Krankenrolle.

Systematische Erhebung und Exploration

Die systematische Symptomerhebung in Verbindung mit Informationsvermittlung zu Depressionen führen auch zu einem besseren Symptomverständnis und ermöglichen das Erarbeiten von Symptommanagement (z. B. gut möglich bei Schlafstörungen, Grübeln, Antriebsmangel, Konzentrationsminderung) idealerweise auch unter Einbezug von unterstützenden Bezugspersonen. Manche Patienten finden ansonsten in ihrer Umgebung wenig Verständnis für die krankheitsbedingten Defizite, vor allem wenn diese im appellativen Stil oder aber diffus von ihnen beschrieben wurden. Psychoedukation im Kontext mit Angehörigen schafft Abhilfe.

Die therapeutische Haltung in Phase 1 der IPT ist durch Ermutigung, Zuspruch, Unterstützung und Vermittlung von Hoffnung durch den Therapeuten gekennzeichnet. Das ist für alle Patienten hilfreich und wird von erfahrenen Kollegen ohnehin meist praktiziert. Dies als therapeutisches Agens zu verstehen, erhöht die Aufmerksamkeit für den Sinn und die Bedeutung einer solchen Haltung. Die systematische Erhebung und Exploration der interpersonellen Konflikte, Verluste und Belastungen, aber auch der Ressourcen ist für Patienten und Therapeuten wertvoll. Damit sind auch Einschätzungen über die allgemeinen kommunikativen Stärken oder Schwächen von Patienten möglich.

Die IPT hat ein klares und übersichtliches Konzept. Sie ist generell gut zu verstehen und leicht zu lernen. Für erfahrene Psychiater/Nervenärzte ist sie im Alltag schnell umsetzbar, psychotherapeutische Kenntnisse aus anderen Verfahren erleichtern das Verständnis und können integriert werden. Typische

Hier steht eine Anzeige.



Auslöser stehen bei der Exploration der Patienten zunächst im Fokus. Der Schwerpunkt der ärztlichen Anamnese wird durch IPT nicht wesentlich verändert, aber erweitert.

Manche depressiven Patienten sind so sehr an dysfunktionale Beziehungen gewöhnt, dass sie deren belastenden Charakter spontan nicht erkennen (wahrhaben wollen?) und es einer längeren Exploration der emotionalen Qualität ihrer wichtigsten Beziehungen bedarf. Auch bei erneuten Episoden der rezidivierenden unipolaren Depression sind für die Therapie durch eine aktuelle Analyse von Auslösern im interpersonellen Kontext wertvolle Erkenntnisse zu erwarten.

Ein wichtiges Element für die erste Therapiephase der IPT ist die „Psychoedukation“. Patienten werden über die Symptome aufgeklärt und erhalten Hilfe beim Symptommanagement. Eine umfassende Information dazu ist auch für Medikamentencompliance und für die Akzeptanz von Nebenwirkungen wichtig und nötig.

Ausbildung in einer Methode ohne Abrechnungsgrundlage?

Alle Fachärzte, die in der ambulanten Versorgung depressiver Patienten tätig sind, sollten psychotherapeutische Grundkenntnisse in effektiven Therapiemethoden erwerben. Die Vermittlung therapeutischer Skills und IPT-Strategien wären dazu hervorragend geeignet, sie sind auch bei anderen Störungen wie bipolaren Störungen oder PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) hilfreich. Die Phasenorientierung der IPT erleichtert zudem die Kooperation mit anderen Vor- oder Nachbehandlern. So könnte bei Beginn einer IPT in einer Klinik der dort identifizierte Fokus ambulant umfassender und damit wirkungsvoller weiter bearbeitet werden. Als schwierig erweist sich für Anfänger, dass sich nicht immer auf Anhieb ein Fokus finden lässt, oft sind mehrere Bereiche tangiert und Menschen mit schweren interaktionellen Defiziten und dadurch zunehmender sozialer Isolation weisen diese meist seit vielen Jahren auf.

Bei chronischen Entwicklungen oder nach längerem Verlauf sind umschriebene Auslöser nicht mehr leicht zu erkennen und dann sind auch andere Thera-

piestrategien (z. B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP) oftmals besser geeignet.

Die Anwendung von IPT in der Gruppe ist nicht nur effizient, sondern auch sehr effektiv. Es liegt ein Kurzmanual vor [3], in dem die Inhalte der einzelnen Gruppensitzungen gut erörtert und mit Fallbeispielen versehen sind. Es eignet sich bestens als Grundlage für die konkrete Gruppenarbeit. Allerdings sind die Modalitäten zum Einsatz von Gruppentherapie generell im GKV-System so zeitaufwändig, dass Therapiegruppen im ambulanten Setting kaum stattfinden.

IPT-Curriculum

Das in Baden-Württemberg 2015 erstmals durchgeführte IPT-Curriculum (**Infobox**) für Fachärzte ist durch einen moderaten Zeiteinsatz gekennzeichnet. Der erste Teil, in dem die theoretischen Grundlagen vermittelt und im Rollenspiel eingeübt werden, umfasst 24 Unterrichtseinheiten und kann an zwei bis drei Tagen durchgeführt werden. Zur Einübung des Therapeutenverhaltens und zur Supervision der Therapiestunden sowie der darin eingesetzten Techniken kann der supervisorische Prozess im Face-to-face-Einzelkontakt, internetgestützt oder in einer Gruppe stattfinden.

Allgemeinärzte/IPC

Erfahrungen aus anderen Ländern legen nahe, dass auch Allgemeinärzte und andere im psychosozialen Versorgungsbereich tätige Betreuer depressiver Patienten (z. B. Sozialarbeiter) von einer IPT-Ausbildung sehr profitieren. Die Anwendung von IPC (Interpersonal Counseling) ist ebenfalls gut evaluiert [4], in angelsächsischen Ländern wird IPC als höher strukturierte und verkürzte Version schon in der Primärversorgung depressiver Patienten eingesetzt.

Fazit für die Praxis

Die IPT ist ein Therapieverfahren erster Wahl zur Psychotherapie unipolarer Depressionen und wird in vielen nationalen Leitlinien empfohlen. Dennoch wird sie in Deutschland im ambulanten Setting selten eingesetzt. Das ist nur durch Lobbyismus der Vertreter anderer Therapierichtungen und strukturelle Grundprobleme zu erklären.

Für eine flexiblere und trotzdem qualifizierte Versorgung depressiv Erkrankter wäre es sinnvoll, dass auch Berufsgruppen mit Expertise im neuropsychiatrischen Fachbereich (Psychiater, Nervenärzte) die Ermächtigung für die Anwendung einer effektiven Methode ohne eine vollständige Psychotherapieausbildung in einem Richtlinienverfahren erhalten könnten.

Die Anerkennung einer sehr gut evaluierten Methode wie IPT, die in allen nationalen Richtlinien einen hohen Empfehlungsgrad erhält, könnte die bekannten Versorgungsdefizite und die Effizienz in der ambulanten Versorgung depressiver Patienten erheblich verbessern.

Die Bedingung für ambulante Psychotherapie, eine Ausbildung in einem Richtlinienverfahren zur Behandlung aller psychischer Störungen ist ein Anachronismus. Ähnlich wie bei Führerscheinen, bei denen auch nicht mit einem Führerschein die Lizenz zum Fahren aller Kraftfahrzeuge erworben wird, sollten Methoden und störungsspezifische Verfahren leichter durch eine größere Gruppe von Experten angewendet werden. So erhalten nach Expertenbefragung (IQWiG 2011) nur etwa 10% der depressiven Patienten in der Akutphase eine Psychotherapie. Zunehmend mehr Patienten, vor allem in ländlichen Regionen oder mit schweren Störungen (PTBS oder Borderline-Störungen) finden keinen Therapieplatz innerhalb des GKV-Systems. Eine Novelle bei der Bewertung und Aufnahme von Psychotherapieverfahren durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) in die Regelversorgung ist überfällig. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Eckhard Dannegger

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

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Literatur

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2011;168:581–92.
2. Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, et al. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *J Clin Psychiatry* 2009;70:354–361.
3. Schramm E, Klecha D. Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe. Stuttgart, Schattauer, 2010.
4. Weissman MM, Hankerson SH, Scorza P, et al. Interpersonal Counseling (IPC) for Depression in Primary Care. *Am J Psychother.* 2014;68(4): 359–383.