

und aufrechterhaltender Faktor bei Depression wird durch eine zunehmende Anzahl von Arbeiten immer evidenter (z. B. Whisman u. Bruce 1999). Neuere Studien wie beispielsweise das US National Comorbidity Survey (Mickelson et al. 1997) weisen zudem auf den Zusammenhang zwischen lifetime Major Depression und einem **unsicheren Bindungsstil** hin.

Im Sinne des oben beschriebenen Stress-Generierungsmodells (Hammen 1991) sind in den letzten Jahren zunehmend die negativen zwischenmenschlichen und psychosozialen Konsequenzen von Depressionen in epidemiologischen Untersuchungen identifiziert worden (Kessler u. Wang 2009). Die Folgen von und Beeinträchtigungen durch depressive Erkrankungen sind demnach mit denen einer ernsthaft beeinträchtigenden, **chronisch körperlichen Krankheit** (z. B. Krebserkrankung, Arthritis, Herzerkrankung) vergleichbar. Auch belastende Lebensereignisse sowie Rollenwechsel (z. B. Schwangerschaft bei Minderjährigen, Schulabbrüche, Scheidungen) können durch das frühe Auftreten einer Depression vorhergesagt werden (Kessler u. Wang 2009).

Zusammenfassung

Folgende Befunde untermauern den theoretischen Hintergrund der IPT:

- die Bedeutung emotionalen **Bindungsverhaltens** in der Entwicklung des Individuums,
- die Bedeutung einer **vertrauensvollen Beziehung** als wirksamer Schutz vor Depression,
- der Zusammenhang zwischen **Stressereignissen** und dem Auftreten und Verlauf einer Depression,
- der Einfluss **chronischer sozialer oder zwischenmenschlicher Belastungen** auf das Auftreten einer Depression, insbesondere von Partnerschaftsproblemen,
- der Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Depression und der **nachfolgenden Beeinträchtigungen sozialer Leistungsfähigkeit** in Form gestörter partnerschaftlicher oder anderer Beziehungen oder dysfunktionalen Kommunikationsverhaltens.

Der psychosoziale und zwischenmenschliche Kontext stellt also einen bedeutsamen Mediator

und Moderator der Risikofaktoren für eine Depression dar. Nicht nur die Quantität, sondern hauptsächlich die **Qualität** sozialer Beziehungen, die Sullivan als „sicherheitsspendend“ bezeichnet hat, scheint eine ausschlaggebende Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen zu spielen. Die **Paarbeziehung** hat dabei anscheinend einen vorrangigen Stellenwert. Über welchen Mechanismus eine vertrauensvolle Beziehung als Depressionsschutz funktioniert, muss noch erforscht werden.

Depressionstypische zwischenmenschliche Verhaltensweisen (z. B. mangelnde soziale Fertigkeiten, negative verbale und nonverbale Kommunikation, exzessives Suchen nach Rückversicherung), unsichere Bindungsstile (z. B. ängstliche Bindungsmuster) und das „Ansteckungspotenzial“ von Depressionen bilden gemeinsam den depressiven sozialen Kontext. Der genaue Zusammenhang dieser Risikofaktoren untereinander und bei der Entwicklung depressiver Erkrankungen ist noch nicht vollkommen geklärt.

Basierend auf den beschriebenen theoretischen und empirischen Beobachtungen wird bei der IPT konsequenterweise der Behandlungsschwerpunkt auf die Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster des Patienten und seinen Bezugspersonen gelegt. Im Folgenden wird erläutert, wie sich die IPT in ihren Strategien und Zielen spezifisch aus den hier geschilderten Befunden ableiten lässt.

4.3 Durchführung

Ursprünglich wurde die IPT als **kurzdauerndes, zeitlimitiertes** Verfahren zur ambulanten Behandlung unipolar-depressiver Patienten konzipiert. Die beschränkte Dauer von 12–20 Sitzungen impliziert, dass der Behandlungsschwerpunkt im „**Hier und Jetzt**“, also auf der Bearbeitung gegenwärtiger Probleme, liegt. Auch wenn die Begründer der IPT hinsichtlich der Ursachen für eine Depression einen „neutralen“, oder besser gesagt, einen **multidimensionalen** Standpunkt vertreten, gehen sie davon aus, dass Depression stets in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext stattfindet. Zwischenmenschliche Beziehungen und Geschehnisse wie beispielsweise ein Ehekonflikt, der Verlust einer

nahestehenden Person oder ein Arbeitsplatzwechsel nehmen Einfluss darauf, wie sich eine Depression entwickelt, verläuft und auf eine Behandlung anspricht. Diese Zusammenhänge zu erfassen und zu verändern hat depressionslindernde und prophylaktische Wirkung. Der Begriff „**psychosozial**“ bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Rollenerfüllung des Patienten beispielsweise als Mutter, Berufstätiger oder Ehemann. Der Ausdruck „**interpersonell**“ bezieht sich dagegen auf die zwischenmenschlichen Interaktionsmuster und das Kommunikationsverhalten, das beispielsweise konfliktvermeidend, aggressiv oder kontrollierend sein kann. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, wie weiter oben erwähnt, die angenommene Wechselwirkung zwischen depressiven Symptomen und interpersonellen Schwierigkeiten, da beide sich gegenseitig bedingen.

Depressionsentstehung

Gemäß dem Konzept der IPT sind drei Prozesse an der Depressionsentstehung beteiligt:

- Symptombildung,
- zwischenmenschliche und soziale Konstellation,
- Persönlichkeitsfaktoren (Abb. 4-3).

Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer und des problemorientierten Vorgehens versucht die IPT,

nur auf der Ebene der **Symptome** und der **interpersonellen Dysfunktionen** und nicht auf der Ebene der situationsüberdauernden **Persönlichkeitsaspekte** zu intervenieren. Eine tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeit wird im Rahmen der IPT also nicht erwartet. Entgegen dieser realistischere eingeschränkten Zielerwartung der IPT-Autoren lassen sich jedoch auch nach nur 16 Sitzungen häufig spürbare Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur und auch im Bindungsstil des Patienten feststellen (Ravitz et al. 2008). Dies ergibt sich nahezu zwangsläufig, da eine kontinuierliche Veränderung des Kommunikationsstils oder des zwischenmenschlichen Verhaltens unabdingbar Modifikationen von Persönlichkeitszügen mit sich bringt. Gerade Persönlichkeitsstörungen äußern sich vorwiegend im zwischenmenschlichen Bereich. Lassen sich dort Veränderungen erwirken, zieht dies auch eine Veränderung im Persönlichkeitsbereich nach sich.

Zum Beispiel wird eine Patientin mit ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen notwendigerweise einen Wandel ihres ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstils erfahren, wenn Sie lernt, ihre Gefühle, Erwartungen und Wünsche gegenüber ihrem Ehemann offen zu formulieren und sich als eigene Person abzugrenzen. Dieser Wandel ist nach 16 oder noch weniger Sitzungen wahrscheinlich erst in den Anfängen begriffen, aber er kann für den Patienten und andere deutlich spürbar sein und sich im Laufe

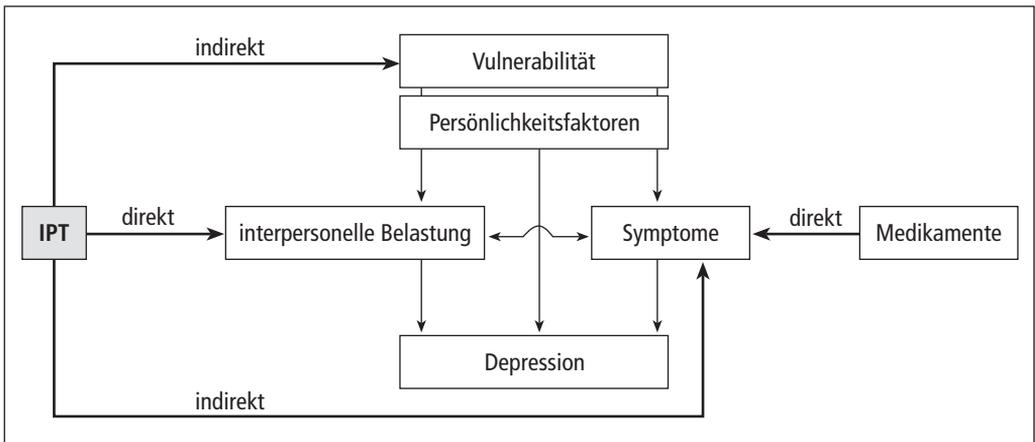


Abb. 4-3 Depressionsentstehung und Behandlung im Rahmen des IPT-Konzepts.

der Zeit stabilisieren. Aus neu gelerntem verdecktem und offenem Verhalten werden Verhaltensgewohnheiten und -muster, die schließlich in die Persönlichkeit integriert werden. Diese Persönlichkeitsveränderungen werden vorwiegend indirekt vor sich gehen, während an der Symptomverbesserung und der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der interpersonellen Schwierigkeiten im Rahmen der IPT direkt und explizit gearbeitet wird.

Die Ziele der IPT bestehen also darin, die depressiven Symptome zu reduzieren, die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit des Betroffenen zu verbessern und an Problemen zu arbeiten, die durch Lebensveränderungen, Verluste, Isolation oder konflikthafte Beziehungen zustande kamen.

Therapiephasen

Der therapeutische Prozess war ursprünglich in drei Abschnitte untergliedert, die dem typischen

Störungsverlauf einer akuten depressiven Episode folgen und entsprechend spezifische Therapiestrategien mit ganz bestimmten Funktionen beinhalten (Tab. 4-1). Anhand neuerer Erkenntnisse aus der Depressionsforschung wird seit einiger Zeit eine vierte Therapiephase als notwendig erachtet, die sich auf die Fortsetzung bzw. Erhaltung des Therapieerfolgs bezieht (Weissman et al. 2000). Die im Folgenden beschriebenen therapeutischen Strategien der jeweiligen Behandlungsphase sind in Kapitel 6 übersichtlich als „Checkliste“ dargestellt.

Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel soll das Vorgehen illustrieren (ausführlichere Fallbeispiele finden sich im gesamten Teil II).

» Die Patientin (Frau F.) ist eine 32-jährige Mutter von drei schulpflichtigen Töchtern, seit 15 Jahren verheiratet, derzeit Hausfrau. Es handelt

Tab. 4-1 Ziele, Techniken und Strategien in den drei Phasen der IPT am Beispiel Rollenwechsel.

<p>Initiale Phase (1.–3. Sitzung): Auseinandersetzung mit der Depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose erheben und den Patienten (und ggf. Angehörige) über die depressive Störung und das Rationale der IPT informieren, Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung abklären • dem Patienten die Krankenrolle zuteilen, ihn entlasten und Hoffnung vermitteln • mit Hilfe der Beziehungsanalyse die derzeitige depressive Episode in einen interpersonellen Kontext setzen • im Behandlungsvertrag den Fokus (Trauer, Konflikte, Rollenwechsel oder soziale Defizite) und die Therapieziele mit dem Patienten verhandeln • Rollenerwartungen aneinander abklären
<p>Mittlere Phase (4.–13. Sitzung): Arbeit am Problembereich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung des Fokus durch angemessenes Betrauern des Verlustes, eine günstigere Anpassung an eine neue soziale Rolle, Klärung und Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten und/oder den Aufbau neuer vertrauensvoller Beziehungen • Bindungs- bzw. Beziehungsmuster, Kommunikationsstrategien und Emotionen des Patienten stehen bei der Bearbeitung im Vordergrund
<p>Beendigungsphase (14.–16. Sitzung): Abschied nehmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisieren des Therapieendes als Abschiedsprozess unter Berücksichtigung damit verbundener Emotionen (z. B. Trauer, Angst, Wut, Ärger) • Zusammenfassung des in der Therapie Erlernten • Ausblick auf zukünftig zu bearbeitende Themen sowie Abklärung der Notwendigkeit weiterer Behandlung

sich um die erste depressive Episode. Depressive Symptome traten 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. Sie sagte: „Zuerst war ich wütend, aber ich sagte nichts aus Angst, ich könnte zu viel zerstören. Dann fühlte ich mich hilflos, niedergeschlagen und schuldig.“ 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. Er ist nur noch für seine Arbeit da. Die Kinder und ich – wir sehen ihn kaum noch.“ ‹‹

Als Fokus für die Behandlung von Frau F. wurden „interpersonelle Konflikte“ und sekundär „Rollenwechsel“ gewählt. Die Ziele der Behandlung bestanden darin, Konflikte zu benennen, gemeinsam einen Handlungsplan zu entwickeln und die Kommunikation zwischen den Partnern verbessern. Folgende Strategien wurden gewählt:

- Stadium des Konflikts bestimmen: Parkonflikt 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 bzgl. der veränderten Situation (Umzug).

Als **Behandlungstechniken** wurden eingesetzt:

- **Kommunikationsanalysen:** Die ausgeprägte Konfliktvermeidung wird von Seiten der Patientin anhand einer belastenden Bindungsgeschichte (gewaltsame Auseinandersetzungen der Eltern) deutlich. Frau F. kommuniziert weder ihre Bedürfnisse, noch ihre Gefühle. Vorbereitend für die Sitzungen mit dem Partner übt sie im Rollenspiel, Gefühle und Wünsche zu kommunizieren, z. B.: „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 gemein-

sam Verhaltensregeln aufgestellt, z. B.: 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.
- **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.“ ‹‹

Erste Therapiephase

In der **initialen Phase** der Therapie, die in der Regel die ersten drei Sitzungen umfasst, wird vorrangig versucht, die depressive Symptomatik zu reduzieren. Daher dient diese Phase hauptsächlich der **Symptombewältigung und Entlastung** des Patienten, aber auch der **Hoffnungsvermittlung und der Informationsgewinnung**. Letzteres gilt sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten.

Diagnose der Depression als Erkrankung

Zunächst wird die depressive Erkrankung gemäß standardisierter Kriterien diagnostiziert, wobei eine strukturierte Erfassung mittels Ratingskalen wie beispielsweise HAM-D oder klinischer Interviews wie beispielsweise dem SKID erfolgen kann. Ist die Diagnose gestellt, wird dem Patienten erklärt, dass es sich bei dieser Symptomkonstellation um eine **Erkrankung** handelt (medizinisches Krankheitsmodell). Er wird weiterhin