



Leseprobe aus Dippel • Christiansen • Brakemeier, CBASP@YoungAge, ISBN 978-3-621-28989-4
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28989-4>

Inhalt

Vorwort	9
1 Überblick: Depressionen im Kindes- und Jugendalter	15
1.1 Klassifikation der Depressionen	17
1.2 Symptomatik von Depressionen im Entwicklungsverlauf	19
1.3 Ätiologie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter	23
1.4 Langfristige Folgen von Depressionen für Kinder, Jugendliche und Bezugspersonen	27
1.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	28
2 Behandlungsrational CBASP@YoungAge	32
2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	32
2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge	34
2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation	40
2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms	43
2.4.1 Ablauf und Dauer der Behandlung	43
2.4.2 Integration der Bezugspersonen	45
2.4.3 Therapeutisches Setting	45
3 Therapeutische Haltung und Techniken	48
3.1 Diszipliniertes Persönliches Einlassen (DPE)	48
3.2 Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung	52
3.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	52
3.2.2 Einbezug von Bezugspersonen	53
3.2.3 Durchführungshinweise zur Kontingenten Persönlichen Reaktion (KPR)	53
3.2.4 Durchführungshinweise zu Interpersonellen Diskriminationsübungen (IDÜ)	57
4 Einführungsphase	62
4.1 Kennenlernen	63
4.1.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	63
4.1.2 Einbezug der Bezugspersonen	64
4.1.3 Durchführungshinweise zum Kennenlernen	64
4.2 Psychoedukation	66
4.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen	66
4.2.2 Durchführungshinweise zur Psychoedukation	68
4.2.3 Erarbeitung der interpersonellen Mauer	70
4.2.4 Einbezug der Bezugspersonen	73
4.3 Die Liste der prägenden Bezugspersonen	75

4.3.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	76
4.3.2	Einbezug der Bezugspersonen	76
4.3.3	Durchführungshinweise zur Liste der prägenden Bezugspersonen	77
4.4	Übertragungshypothese	80
4.4.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	80
4.4.2	Durchführungshinweise zur Übertragungshypothese	81
4.4.3	Einbezug der Bezugspersonen	83
4.5	Abschluss der Einführungsphase	83
5	Hauptphase	84
5.1	Modul: Kiesler-Kreis-Familientraining	84
5.1.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	85
5.1.2	Einbezug der Bezugspersonen	91
5.1.3	Gemeinsame Einführung in das Kiesler-Kreis-Familientraining	91
5.1.4	Durchführungshinweise zum Kiesler-Kreis-Familientraining	101
5.1.5	Weitere Übungen im Kiesler-Kreis-Familientraining	105
5.2	Modul: Situationsanalyse	109
5.2.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	109
5.2.2	Einbezug der Bezugspersonen	110
5.2.3	SEW-Schema	111
5.2.4	Einführung in die Situationsanalyse	114
5.2.5	Durchführungshinweise zum Modul Situationsanalyse	116
5.2.6	Umsetzung des Moduls	125
6	Abschlussphase	127
6.1	Hintergrund für die Therapeut:innen	127
6.2	Einbezug der Bezugspersonen	128
6.3	Durchführungshinweise zur Rückfallprophylaxe	129
7	Mögliche Probleme im Therapieablauf	138
8	Stand der Forschung zu CBASP@YoungAge	147
	Schlusswort	150
	Anhang	
	Literatur	156
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	169
	Sachwortverzeichnis	171

2 Behandlungsrational CBASP@YoungAge

- 2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- 2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge
- 2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation
- 2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms

2.1 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) entwickelte der amerikanische Psychologe und Psychotherapeut James McCullough ein störungsspezifisches Therapieprogramm für Erwachsene mit persistierenden Depressionen, die frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen erlebt haben (McCullough, 1984, 2000). Es handelt sich bei CBASP um einen schulübergreifenden und integrativen Ansatz, der sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische, interpersonelle und systemische Ansätze integriert (McCullough, 2010). Seit 2012 liegt eine Modifikation des Ansatzes für das stationäre Setting im deutschsprachigen Raum vor (Brakemeier et al., 2021; Brakemeier & Normann, 2012); zudem wurde CBASP auch als ambulante Gruppentherapie modifiziert (Brakemeier et al., 2021; Schramm et al., 2022) sowie ein spezifisches Kiesler-Kreis-Training für die Einzel- und Gruppentherapie entwickelt (Guhn et al., 2019).

CBASP richtete sich ursprünglich an erwachsene Patient:innen, die aufgrund von frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen persistierende Depressionen entwickelten. In der Forschung werden häufig die Begriffe »Kindesmisshandlung« oder »frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen« verwendet (vgl. Abschn. 1.3). Damit werden schwierige Erfahrungen (Missbrauch oder Vernachlässigung) beschrieben, die auch die Interaktion zwischen Eltern und Kindern innerhalb der Familie betreffen. In den meisten Fällen haben diese Patient:innen schon viele verschiedene Therapieversuche ohne Erfolg absolviert, weshalb sie also als therapieresistent bezeichnet werden können.

Störungsmodell CBASP. Das grundlegende Störungsmodell von CBASP basiert auf zwei Grundannahmen, die unter anderem auf Piaget (1976) und Bandura (1985) zurückzuführen sind. Zum einen beschreibt McCullough (2000) Patient:innen, die von persistierenden Depressionen betroffen sind, durch ein sogenanntes soziales Empathiedefizit. Mit diesem Konzept wird bezugnehmend auf die Theorie von Piaget beschrieben, dass frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen dazu führen, dass die Betroffenen in Bezug auf das eigene sozial-kognitive Funktionsniveau über geringere interpersonelle Kompetenzen verfügen. Diese Einschränkungen führen zu geringer Empathie und damit zu einer eingeschränkten Modifikation der Denkweise und eigenen Wahrnehmung

auf Basis von Rückmeldungen anderer Personen in sozialen Situationen. Weiterhin wird angenommen, dass bei persistierenden Depressionen eine Entkopplung der Wahrnehmung der Betroffenen von der tatsächlichen Umwelt stattfindet. Entsprechend des Konzepts der erlernten Hilflosigkeit (Seligman et al., 1984) können Personen mit persistierenden Depressionen damit keine positiven neuen Lernerfahrungen bezogen auf das eigene Verhalten in sozialen Situationen erleben (McCullough, 2006). Sie sehen andere Personen und deren Reaktionen und Interaktionen als unveränderlich und (zumeist) negativ. Diese Art, sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen, wird von McCullough auch durch die Metapher der interpersonellen Mauer beschrieben. Betroffene sind im übertragenen Sinne von ihrer eigenen sozialen Umwelt abgetrennt und haben, selbst wenn sie wollen, keine Möglichkeiten, mit dieser auf angemessene Art und Weise in Kontakt zu treten. Dies führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einer zunehmenden Isolation und zu vermehrten traumatisierenden Beziehungserfahrungen. CBASP setzt an diesen prägenden und belastenden Beziehungserfahrungen an. Es zeichnet sich im Sinne dieses Störungsmodells durch einen besonderen interpersonellen Ansatz sowohl im Verständnis der Ätiologie der persistierenden Depressionen als auch der Behandlung aus. Insgesamt verfolgen die therapeutischen Strategien in CBASP ein lerntheoretisches, interpersonelles Konzept, das auf dem Etablieren von neuen Verhaltens- und Denkstrategien sowie heilsamen korrigierenden Beziehungserfahrungen basiert, weshalb CBASP auch als interpersonelle Lerntherapie bezeichnet werden kann (Brakemeier et al., 2021).

Wirksamkeit CBASP. Die psychotherapeutische Methode CBASP wurde bereits in unterschiedlichen Studien und Settings in der Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit persistierend depressiven Störungen untersucht. Aufgrund der Ergebnisse von acht randomisiert-kontrollierten Studien und vier Beobachtungsstudien kann CBASP mittlerweile als gut etabliert und evidenzbasiert bezeichnet werden (vgl. Guhn et al., 2022). In den randomisiert-kontrollierten Studien wurde CBASP beispielsweise verglichen mit medikamentöser Therapie (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009; Schramm et al., 2015), Standardbehandlung (treatment as usual) (Michalak et al., 2015; Wiersma et al., 2014), Interpersoneller Therapie (IPT) (Schramm et al., 2011), Supportiver Psychotherapie (SP) (Schramm et al., 2017), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) (Michalak et al., 2015) sowie – in einer Studie, in der auch Patient:innen mit nicht-chronischen Depressionen eingeschlossen wurden – mit Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie und Wartekontrollgruppen (Rief et al., 2018). Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2016 fasst sechs der genannten Studien zusammen und kann einen kleinen, aber signifikanten Effekt im Vergleich zu unterschiedlichen aktiven Kontrollbedingungen zugunsten von CBASP finden (Negt et al., 2016). Im Hinblick auf die Therapiedauer konnten Wiersma et al. (2014) zeigen, dass CBASP während der ersten Wochen der Behandlung ähnliche Effektivität zeigt wie eine Standardbehandlung (TAU), aber sich im Verlauf überlegene Langzeiteffekte (nach 52 Wochen) für die CBASP Behandlung herausstellten. Dieses Ergebnis erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der angestrebten langfristigen interpersonellen Veränderungen (Constantino et al., 2012) im Leben der Patient:innen interessant. Offene Beobachtungsstudien des stationären CBASP-Konzeptes weisen auf

eine vielversprechende Wirksamkeit hin (z. B. Brakemeier et al., 2015; Guhn et al., 2021). Abgesehen von diesen Studien zur Akutbehandlung sind Wirksamkeitsnachweise zu den langfristigen Ergebnissen bei persistierenden Depressionen relevant. Allerdings liegen hier bisher leider sehr wenige Ergebnisse vor. Schramm et al. (2019) führten eine Langzeituntersuchung ihrer RCT Studie (Schramm et al., 2017) durch, in der CBASP im Follow-up gegenüber der Supportiven Psychotherapie nicht mehr überlegen war. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit einer Erhaltungstherapie, um die mit CBASP erzielten akuten Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren. Beispielsweise wiesen Patient:innen, die im Anschluss an eine CBASP-Behandlung einmal monatlich über ein Jahr weiter mit CBASP behandelt wurden, geringere Rückfallraten auf als Patient:innen, die als Erhaltungstherapie »assessment«-Termine in der gleichen Frequenz wahrnahmen (Klein et al., 2004). Insgesamt liegen noch zu wenig Untersuchungen zu dieser Frage vor (Guhn et al., 2022).

Bezüglich der wichtigen Forschungsfrage, bei welchen Patient:innen CBASP am besten wirkt, kann aufgrund der bisherigen Datenlage zusammenfassend berichtet werden, dass eine spezifische Behandlung mit CBASP insbesondere bei belastenden bzw. traumatisierenden Kindheitserfahrungen, einer komorbiden sozialen Angststörung und einem submissiven Interaktionsverhalten wirksam zu sein scheint (vgl. Guhn et al., 2022).

Eine weitere wichtige Frage in der Wirksamkeitsevaluation der Behandlung bezieht sich auf Drop-out-Raten. Eine Individual Participant Data Network Metaregression von Furukawa et al. (2018) zeigt, dass es bei jungen Erwachsenen (Einschlussalter 18 Jahre) in der Therapie zu deutlich höheren Drop-Out-Raten kommt als in anderen Altersbereichen, was die Notwendigkeit unterstreicht, CBASP für junge Menschen alterssensibel zu modifizieren

Derzeit bestehen weder Modifikationen noch Studien zu CBASP für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. In einer Fallstudie zur Anwendung von CBASP bei einer Jugendlichen mit Dysthymie und Depressionen (Major depression, MDD; DiSalvo & McCullough, 2002) konnte eine Remission der Dysthymie und der Depressionen erreicht werden. Daraus folgern die DiSalvo und McCullough, CBASP könne, mit deutlichen Anpassungen der Therapie, effektiv in der Therapie von Adoleszenten eingesetzt werden. Basierend auf Forschungsergebnissen zur Einbeziehung von Bezugspersonen in die Psychotherapie (Carr, 2019; Dippel, Szota, et al., 2022; Yap et al., 2016) und positiv evaluierten modularen Interventionen (Lucassen et al., 2015; Weisz et al., 2012), wurde mit CBASP@YoungAge erstmalig ein modulares, personalisiertes Behandlungsprogramm für Kinder und Jugendliche entwickelt, das auf dem ursprünglichen Behandlungsrational von CBASP basiert.

2.2 Merkmale von CBASP@YoungAge

Bei CBASP@YoungAge handelt es sich um eine Adaptation von CBASP für Kinder und Jugendliche ab zehn Jahren mit depressiven Erkrankungen, wobei aktuell relevante Bezugspersonen in die Therapie regelhaft einbezogen werden. Wie in den vorherigen

Abschnitten beschrieben, können depressive Erkrankungen in diesen Altersbereichen sowohl bei der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung durch dysfunktionale Interaktion mit relevanten Bezugspersonen bedingt sein (Franz & McKinney, 2018; Pinquart, 2017). CBASP@YoungAge adressiert daher diese interpersonellen Schwierigkeiten mit dem Ziel, eine dauerhafte Veränderung der Interaktion zu erreichen, was sich positiv auf die depressive Symptomatik der Kinder und Jugendlichen auswirken sollte.

Abbildung 2.1 gibt einen schematischen Überblick über die relevanten psychopathologischen Merkmale und die daran ansetzenden Behandlungsstrategien des CBASP@YoungAge Programms. Es wird angenommen, dass durch frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen mit den Bezugspersonen Grundannahmen und Denkschemata (Prägungen) bei den Kindern und Jugendlichen entstehen, welche sie in Form von Beziehungserwartungen oder -befürchtungen (Übertragungshypothesen) auch auf andere Menschen übertragen und die zudem zu aktuellen interpersonellen Problemen führen (linke Spalte in Abb. 2.1). Diese traumatisierenden Beziehungserfahrungen und Beziehungserwartungen werden in der Therapie zunächst durch die Liste prägender Bezugspersonen und Formulierung von Übertragungshypothesen erfasst, wobei diese anschließend durch eine besondere Art der Beziehungsgestaltung – die Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens –, welche durch die Techniken Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung unterstützt wird, bearbeitet und bestenfalls korrigiert werden. Die Patient:innen können so mit ihren The-

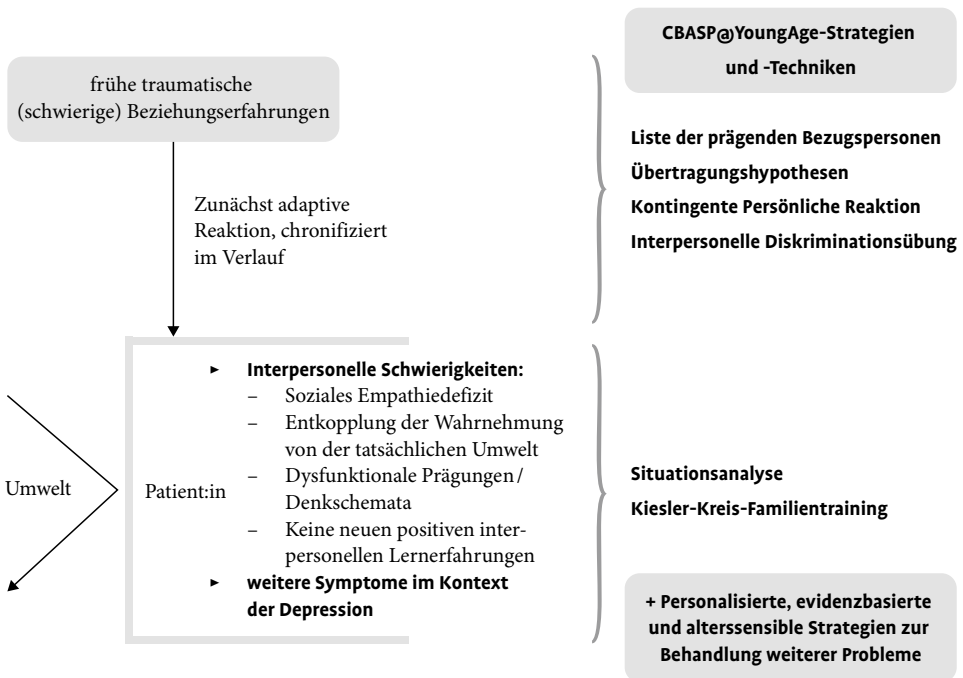


Abbildung 2.1 Behandlungsrational für CBASP@YoungAge

rapeut:innen neue positive Beziehungserfahrungen erleben, die für eine veränderte Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung von anderen Personen sorgen. Gleichzeitig erscheint es relevant, auch die Bezugspersonen selbst in die Therapie einzubeziehen. Heutige interpersonelle Probleme der Kinder und Jugendlichen werden durch die Situationsanalyse bearbeitet, die Probleme bezüglich der Interaktion in der Familie bzw. mit wichtigen aktuellen Bezugspersonen durch das Kiesler-Kreis-Familientraining. Da häufig weitere Komorbiditäten zusätzlich zu Depressionen auftreten, können evidenzbasierte und altersangepasste Strategien integriert werden, welche die individuellen Probleme jenseits von Depressionen behandeln.

CBASP@YoungAge ist ein integratives ambulantes Programm, das die besonderen interpersonellen Schwierigkeiten fokussiert, die bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen relevant sind. Das klassische CBASP-Konzept von McCullough (vgl. z. B. 2000) wurde für die Anwendung in der ambulanten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie auf Basis von Forschungsbefunden modifiziert, die im ersten Kapitel beschrieben wurden. Es unterscheidet sich in der Konzeptualisierung zur klassischen CBASP-Therapie in zwei Bereichen, die konkret aus aktuellen Studien abgeleitet werden können.

Personalisierung des Therapieprogramms durch Modularisierung

Die bislang untersuchten Interventionen zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter basieren inhaltlich zumeist auf Ansätzen, die sich bereits in der Therapie von erwachsenen Patient:innen mit Depressionen als wirksam erwiesen haben (Spielmanns et al., 2007). Für die Entwicklung von psychotherapeutischen Methoden für das Kindes- und Jugendalter kann es sinnvoll sein, bereits bewährte Techniken einzusetzen, da Wirkmechanismen häufig altersübergreifend bestehen. Darüber hinaus müssen Therapieansätze allerdings auch spezifisch auf die Bedürfnisse von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihrem Umfeld entwickelt und angepasst werden (Stallard, 2013). Aspekte, in denen sich die Psychopathologie entwicklungspezifisch unterscheidet, können so adressiert werden. In neueren psychotherapeutischen Ansätzen für Kinder und Jugendliche mit Depressionen rücken daher aktuell vermehrt personalisierte und auch modularisierte Behandlungsprogramme in den Fokus (Evans et al., 2020; Lucassen et al., 2015). Diese haben den Vorteil, eine flexible und personalisierte Herangehensweise zu ermöglichen. Bewährte Techniken können so unkompliziert mit neuen Ansätzen und Methoden kombiniert und angepasst werden.

Die Entwicklung von CBASP@YoungAge erfolgte basierend auf dem Modell »Drei Dimensionen der Personalisierung (3 DP)« (Cohen et al., 2021). Dieses Modell spezifiziert unterschiedliche Dimensionen von Entscheidungen, die getroffenen werden können, um psychotherapeutische Behandlungen zu personalisieren. Dabei werden die folgenden drei Dimensionen unterschieden:

- ▶ Dimension (1) Interventionslevel: Welche Behandlung (Psychotherapieverfahren), welches Behandlungspaket (Psychotherapiemethoden), welche Komponenten oder Techniken und welches Setting, welche Intensität wird ausgewählt zur Personalisierung?

- ▶ Dimension (2) Zeit: Wann erfolgt die Personalisierung? Vor, während und/oder nach der Behandlung?
- ▶ Dimension (3) Struktur: Durch welche Methode erfolgt die Personalisierung? Beispielsweise durch idiosynchratische Ansätze, Leitlinien, Entscheidungshilfen oder (dateninformierte oder datengetriebene) statistische Modelle?

Bereits bestehende personalisierte Behandlungs(forschungs)ansätze enthalten jeweils eine bestimmte Kombination von Merkmalen dieser drei Dimensionen der Personalisierung. Für CBASP@YoungAge haben wir uns basierend auf diesem Modell für folgende Personalisierungsstrategien entschieden:

Bezogen auf die Dimension (1), dem Interventionslevel, nutzen wir als Methode CBASP, wobei wir die CBASP-Techniken Modulen zugeordnet haben (wie Situationsanalyse, Kiesler-Kreis). Die Interventionsintensität und Beziehungsgestaltung oder Umsetzung der Therapie kann personalisiert variieren. Einzelne Interventionen, die nicht aus CBASP stammen, können bei Indikation gemäß der Entscheidungshilfen (s. Dimension 3) ergänzt werden.

Bezogen auf die Dimension (2), der Zeit, haben wir uns für die Personalisierung während der Therapie entschieden. Eine personalisierte Behandlungsentscheidung ist somit zu jedem Zeitpunkt erneut möglich.

Schließlich haben wir bezogen auf die Dimension (3), Struktur, Entscheidungshilfen dem Programm zugrunde gelegt, die vorschlagen, bei welchen Problemen bzw. Konstellationen welches Modul bzw. einzelne Interventionen zur Anwendung kommen können (z. B. Algorithmus: Wenn zusätzlich zu Depressionen eine Angstsymptomatik vorliegt, dann kann ein Expositionsmodul integriert werden). Diese Algorithmen basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Studien sowie praktischen Erfahrungen.

Die Modularisierung gehört zu der Behandlungsstruktur im Rahmen der Personalisierung von Behandlungsprogrammen, für die bereits einige Studien bestehen. Nach Chorpita et al. (2005) sollte eine Behandlung insgesamt vier Kriterien erfüllen, um als modular zu gelten:

- (1) Es muss möglich sein, die Behandlung in Einzelteile zu zerlegen. Sie sollte also in inhaltlich sinnvolle und unabhängige Einheiten unterteilt werden können.
- (2) Die einzelnen Module müssen jeweils einen individuellen Zweck erfüllen und somit sowohl ein Ziel als auch ein antizipiertes Ergebnis beschreiben.
- (3) Es muss möglich sein, die Module miteinander zu kombinieren, damit sie auf standardisierte Weise miteinander individuell verbunden werden können. Nur so kann eine sinnvolle Behandlung für die Patient:innen entstehen.
- (4) Allerdings sollten die Module auch inhaltlich in sich geschlossen sein. Informationen dürfen nicht aufeinander aufbauen.

Boustani et al. (2020) beschreibt, dass modulare Behandlungen oft über Koordinationsmodule (siehe bspw. Chorpita et al., 2005) verfügen, die die Leistungserbringer bei der Auswahl des geeigneten Moduls unterstützen, indem sie eine mögliche Logik für die Anordnung der Module enthalten. Einen Überblick über modulare Interventionen für das Kindes- und Jugendalter bietet Boustani et al. (2020). Viele bereits entwickelte Inter-

ventionen sind nicht vollständig modular im Sinne der oben beschriebenen Kriterien aufgebaut. Sie sind aber dennoch im Bereich der modularen Interventionen zu verordnen, da sie das Ziel verfolgen, unterschiedliche Ansätze zur individuellen Behandlung anzuwenden (Boustani et al., 2020) und Behandlungen flexibler und individueller zu gestalten. Weisz et al. (2012) konnte in einer randomisierten Effektivitätsstudie zeigen, dass der Interventionsansatz MATCH (Chorpita et al., 2005) einer aktiven Treatment-as-Usual-Kontrollgruppe überlegen war, weshalb der Therapieansatz weiter untersucht wird (Harmon et al., 2021). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass personalisierte modulare Therapien eine hilfreiche Alternative zu standardisierten Behandlungen bieten können. Es ist in der Praxis sehr gut möglich, passende Interventionen nahtlos in Therapien zu integrieren. So kann flexibel auf Schwierigkeiten oder Veränderungen eingegangen werden, sobald sie in der Behandlung auftreten (Lyon et al., 2014; Marchette & Weisz, 2017).

Informationen zur Struktur und zum konkreten Aufbau der Therapie finden sich in Abschnitt 2.4.

Aktiver Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie

Wie bereits in Abschnitt 1.3 beschrieben, bestehen eindeutige Zusammenhänge zwischen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen in der Kindheit und Jugend und dem familiären und sozialen Umfeld. Es liegt daher nahe, dass Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden sollten mit dem primären Ziel, die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Darüber hinaus sollte dadurch das gesamte Familiensystem u. a. durch die gemeinsame Arbeit an der intrafamiliären Interaktion gestärkt werden, sodass auch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit von allen Beteiligten erreicht werden kann. Generell ist der Eltern- oder Bezugspersoneneinbezug ein viel diskutiertes Thema in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In Deutschland werden die Bezugspersonen basierend auf den Richtlinien der Krankenkassen in jede vierte Sitzung der Psychotherapie einbezogen, es findet somit eine regelmäßige Integration statt (KBV, 2021). Dass Bezugspersonen und damit das primäre Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen in die Psychotherapie einbezogen werden, erscheint zunächst intuitiv als sinnvoll. Bei Betrachtung der aktuellen Forschungslage in diesem Bereich ist allerdings festzustellen, dass sich die Evidenz zum Familieneinbezug in der Psychotherapie zwischen unterschiedlichen psychischen Erkrankungen unterscheidet.

In Bezug auf Depressionen im Kindes- und Jugendalter gibt es deutliche Hinweise dafür, dass die Interaktion sowie die Beziehungsqualität von Bezugspersonen und Kindern sowohl für die Entstehung als auch Aufrechterhaltung der Erkrankung eine Rolle spielen (vgl. Abschn. 1.3). Mit Bezug auf die Therapie müssen allerdings auch Variablen zur Veränderung betrachtet werden. Positive Veränderungen in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern können einen Einfluss auf Veränderungen der Symptomatik haben (Schwartz, Dudgeon, et al., 2012). Darüber hinaus berichteten Jugendliche und Eltern, dass eine Verbesserung der familiären und sozialen Interaktion für sie neben den symptomatischen Veränderungen in der Psychotherapie sehr wichtig sind (Krause et al.,

2020). Chi et al. (2020) konnten außerdem zeigen, dass Geschwister einen präventiven Faktor für einen Rückfall in die depressive Symptomatik darstellen. In dieser Studie zeigte sich auch, dass Jugendliche aus Familien, die wenig belastet sind und positiv interagieren, insgesamt bessere Therapieverläufe hatten. Die Beteiligung der Familie und der Eltern an der Psychotherapie von Jugendlichen zeigt in querschnittlich-korrelativen Designs einen positiven Effekt auf die Gesamtsymptomatik (Weisz et al., 2017) sowie auf Depressionssymptome (Oud et al., 2019). In einem Review zum generellen Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen konnten Oud et al. (2019) einen Zusammenhang zwischen günstigen Ergebnissen bei Jugendlichen und dem Einbezug der Eltern feststellen; ebenso wie Carr (2019) in einer systematischen Übersicht über systemische Familieninterventionen, die auch vielversprechende Hinweise zeigt. Selbst niedrigschwellige Interventionen mit Familienbeteiligung führten in einer Studie zu positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und (subklinische) depressive Symptome (McLaughlin et al., 2007). Darüber hinaus erwies sich die elterliche Beteiligung an der Psychotherapie der Kinder als Prädiktor für positive Folgeeffekte der Symptomverbesserung (Sun et al., 2019).

In einem systematischen Review mit Metaanalyse (Dippel, Szota, et al., 2022) konnten die skizzierten unterschiedlichen Befunde bisheriger Untersuchungen erstmalig integriert und analysiert werden. Insgesamt wurden 19 randomisiert-kontrollierte Studien identifiziert, die einen systematischen Vergleich von Interventionen mit und ohne Elterneinbezug ermöglichten. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen einen kleinen, aber signifikanten Effekt für den Elterneinbezug. In der deskriptiven Analyse konnten unterschiedliche Variablen identifiziert werden, die sich auf den Therapieerfolg auswirken. So erreichten insbesondere Interventionen, die auf die Eltern-Kind-Beziehung, Bindung oder Interaktion abzielen, vielversprechende Ergebnisse. Interessant ist, dass diese Interventionen auch ohne einen psychoedukativen Anteil zu Veränderungen in der depressiven Symptomatik führten. Insgesamt existieren somit vielversprechende Ergebnisse für positive Effekte des Elterneinbezugs, wenngleich es nur wenige Interventionen mit einem aktiven therapeutischen Einbezug der Bezugspersonen gibt.

Unterschied CBASP vs. IPT-A

Ähnlich wie CBASP@YoungAge fokussiert auch die Interpersonelle Psychotherapie für Jugendliche (IPT-A) oder Familienfokussierte Interpersonelle Therapie (FB-IPT) auf interpersonelle Faktoren im Kontext von Depressionen. Dieser Kasten stellt kurz die Unterschiede der beiden Interventionen heraus, für weitere Informationen zur IPT-A siehe Lucadou und Schramm (2018).

Störungsmodell: Die IPT fokussiert sich im Allgemeinen auf die interpersonellen Probleme (Rollenwechsel, Konflikte, Isolation/Einsamkeit, komplizierte (lang anhaltende Trauer), die direkt mit der depressiven Symptomatik als Auslöser, Folge oder aufrechterhaltende Bedingung verknüpft sind. Die Herausarbeitung der biografischen Anteile (wie Prägungen) im Störungsmodell und die direkte Bearbeitung

dieser während der Therapie im Rahmen von CBASP@YoungAge stellen somit einen deutlichen Unterschied dar. Diese Prägungen werden in CBASP@YoungAge konkret adressiert und im Rahmen eines Verhaltenstrainings verändert.

Therapeutische Arbeit mit Bezugspersonen: Im Rahmen der IPT-A sowie FB-IPT werden auch die Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen, wobei hier der Fokus auf die Autonomie zu den Eltern gelegt wird. Im Unterschied dazu werden die Bezugspersonen mit dem Kiesler-Kreis-Familientraining dazu angeregt, selbst ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern zu reflektieren und zu verändern.

Therapeutische Beziehung: Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird im Rahmen der IPT als aktive, fördernde, unterstützende Haltung verstanden, wobei die Arbeit mit Übertragungen in der Regel nicht erfolgt. Dies ist ebenfalls ein Unterschied zum DPE in CBASP@YoungAge, da hier die therapeutische Haltung vor allem durch eine authentische Selbstöffnung (Kontingente Persönliche Reaktion) und das Erreichen von korrigierenden Beziehungserfahrungen geprägt ist.

Aktuelle Wirksamkeitsstudien für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen fokussieren meist primär die Veränderung der Symptomatik. Studien zeigen, dass weitere Variablen, wie die Verbesserung der intrafamiliären Interaktion, ebenfalls mit einer Symptomverbesserung zusammenhängen (Krause et al., 2020), wenngleich dies bislang kaum untersucht wurde (Carlson, 2000; Varley, 2006).

Basierend auf diesen Befunden ist der Bezugspersoneneinbezug ein zentraler Bestandteil von CBASP@YoungAge. Im Behandlungsprogramm wird dies in nahezu allen Therapiephasen konkret adressiert. Das Kiesler-Kreis-Familientraining stellt darüber hinaus ein Modul dar, das ausschließlich im familiären Setting umgesetzt wird. Konkrete Informationen zum Ablauf und Umsetzung des Einbezuges von Bezugspersonen finden sich in Abschnitt 2.4.2.

2.3 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation

CBASP@YoungAge wurde für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 21 Jahren mit depressiven Erkrankungen sowie damit einhergehenden traumatischen Beziehungserfahrungen (emotionale oder körperliche Vernachlässigung, emotionalen Missbrauch) konzipiert. Ein Schwerpunkt liegt auf der Integration der primären Bezugspersonen. Interpersonelle oder interaktionelle Schwierigkeiten, die im Rahmen von CBASP@YoungAge adressiert werden können, sind beispielsweise überdauernde interpersonelle Konflikte zwischen Kindern/Jugendlichen und ihren aktuellen oder vergangenen Bezugspersonen, abweisendes oder vernachlässigendes Erziehungsverhalten sowie auch harsches oder autoritäres Verhalten der Bezugspersonen. Der Tod/Kontaktabbruch einer Bezugsperson können ebenfalls relevante Problembereiche darstellen. Die interpersonellen Probleme, die im Rahmen von CBASP@YoungAge adressiert werden, sollten vor Behandlungsbeginn allerdings eindeutig von körperlicher oder sexueller Gewalt ab-

gegrenzt werden. Aktuell vorliegende körperliche oder sexuelle Gewalt ist eine Kontraindikation bzw. ein Ausschlusskriterium für die CBASP@YoungAge-Therapie. Wir verweisen hier auf die AWMF-S3+-Leitlinie (Kinderschutzleitlinie; Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027–069). Darüber hinaus sollten die generellen Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie erfüllt sein (regelmäßige Therapieteilnahme, kein selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten oder Substanzmissbrauch). Weiterhin empfehlen wir beim Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion beziehungsweise Akuten Belastungsreaktion in Folge eines traumatischen Ereignisses die Behandlung mit CBASP@YoungAge nicht. Weitere komorbide Störungsbilder sind allerdings keine Kontraindikation, da diese im Rahmen der Therapie durch den modularen und personalisierten Aufbau des Therapieprogramms adressiert werden können. Gegebenenfalls ist eine Anschlussbehandlung notwendig, wenn sich die komorbide Symptomatik als schwer und/oder persistierend erweist. In der Tabelle 2.1 werden die Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation, die wir derzeit zur Durchführung des Programms vorschlagen, zusammengefasst. Diese orientieren sich an allgemein bekannten Empfehlungen zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Wie bereits mehrfach erwähnt, fehlen für dieses Programm noch RCT-Studien, welche Indikationen und Kontraindikationen evidenzbasiert unterfüttern.

Tabelle 2.1 Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikation für CBASP@YoungAge

Indikation	Kontraindikation
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Depressive Erkrankungen ▶ Interpersonelle Schwierigkeiten mit aktuellen primären Bezugspersonen, dazu können beispielsweise gehören: <ul style="list-style-type: none"> – regelmäßige Konflikte – emotional vernachlässigendes Verhalten – harsches oder autoritäres Verhalten ▶ Vergangene und/oder aktuelle traumatisierende Beziehungserfahrungen (insb. Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Akutes selbst- oder fremdgefährdetes Verhalten (z. B. akute Suizidalität) ▶ Aktuell vorliegende körperliche oder sexuelle Gewalt oder andere Formen der Kindesmisshandlung ▶ Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion beziehungsweise Akuten Belastungsreaktion in Folge eines traumatischen Ereignisses ▶ Notwendigkeit einer stationären Behandlung

Abbildung 2.2 stellt – symbolisiert durch die interpersonelle Mauer – exemplarisch typische interpersonelle Probleme (typische Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen sowie Bezugspersonen) dar, welche sich in der Diagnostik bereits zeigen können und für eine Indikation für CBASP@YoungAge sprechen. Selbstverständlich ist jede Familie individuell in Bezug auf die spezifische Situation und das entsprechende Interaktionsverhalten einzuschätzen.

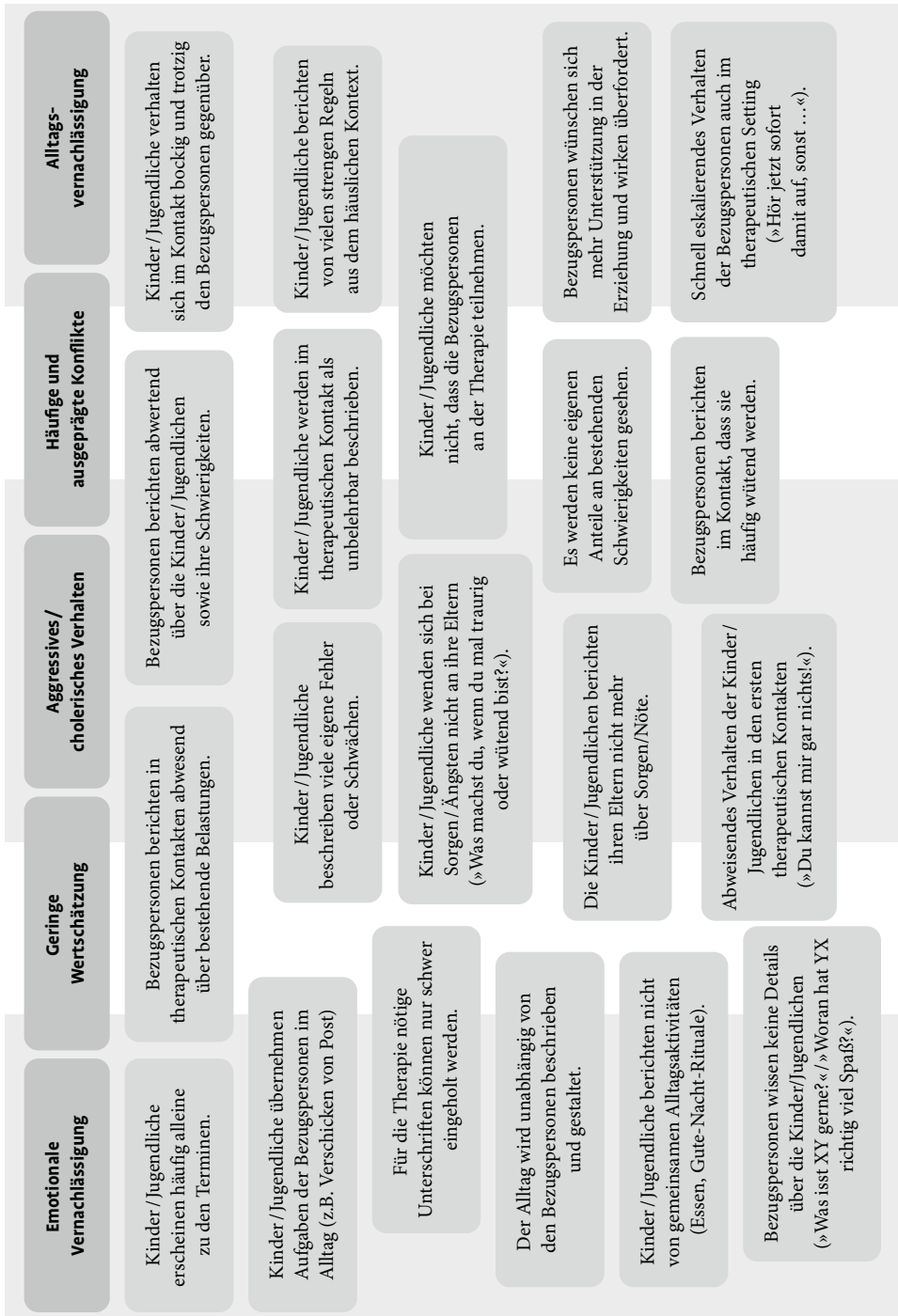


Abbildung 2.2 Exemplarische Übersicht über mögliche interpersonelle Probleme der Kinder / Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (symbolisiert als interpersonelle Mauer)

2.4 Rahmenbedingungen und Struktur des Behandlungsprogramms

Abbildung 2.3 gibt einen Überblick über den Ablauf und die Struktur des Behandlungsprogramms, das in den nächsten Abschnitten ausführlich beschrieben wird. Dieser Ablauf ist ein Leitfaden zur Orientierung. Das Programm ist personalisierbar gestaltet und kann durch die Therapeut:innen flexibel eingesetzt werden. Dieses Buch spricht in Bezug auf die Umsetzungen Empfehlungen aus, die allerdings stets im Kontext des individuellen Falls betrachtet werden sollten.

Vor dem Therapiebeginn sollte immer eine ausführliche Anamneseerhebung und Diagnosestellung erfolgen, um die Empfehlungen zur Indikation und Kontraindikationen zu prüfen und abzugrenzen. Generell sollten die Patient:innen sowie die teilnehmenden Bezugspersonen motiviert sein, eine Therapie durchzuführen. Das Ziel der Therapie stellt eine positive Veränderung in Bezug auf die depressive Symptomatik sowie eine langfristige Veränderung im Interaktionsverhalten zwischen den Familienmitgliedern dar. Dies wird mit allen Beteiligten in der Einführungsphase besprochen (Kap. 4).

Das Therapieprogramm ist für drei unterschiedliche Altersbereiche konzipiert. Das bedeutet, dass Fallbeispiele oder Interventionen für die drei Altersbereiche (ab 10 Jahre, ab 13 Jahre, ab 17 Jahre) sowie die Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Insgesamt sind die Altersbereiche als Richtwerte zu verstehen. Ziel war, alterssensible Materialien für die Altersbereiche anbieten zu können. Jeder Schritt in der Therapie und auch die integrierten Module mit den Bezugspersonen können für jeden Altersbereich durchgeführt werden, der Ablauf der Therapie unterscheidet sich nicht. Es gibt aber für die Umsetzung und Arbeitsmaterialien altersentsprechende Variationen.

2.4.1 Ablauf und Dauer der Behandlung

Der Ablauf des Behandlungskonzeptes ist in Abbildung 2.3 als Leitfaden dargestellt und wird in den nachfolgenden Abschnitten für die einzelnen Altersbereiche erläutert. Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen der zentralen, modular strukturierten Hauptphase und den nicht modular aufgebauten Einführungs- und Abschlussphasen der Behandlung. Der Beginn und das Ende der Behandlung ist damit immer durch eine ähnliche Struktur von Behandlungsschritten gekennzeichnet, welche aufeinander aufbauen und nicht unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Allerdings sind auch diese Phasen bereits dadurch gekennzeichnet, dass sie personalisiert auf die Patient:innen und Bezugspersonen abgestimmt werden können. Es bestehen keine zeitlichen Angaben für die Umsetzungsdauer der Therapie. Jeder Patient, jede Patientin ist individuell und benötigt unterschiedlich viel Zeit. Welcher Therapieabschnitt wie viel Zeit in Anspruch nimmt, hängt von den individuellen Schwierigkeiten der Patient:innen ab und kann von den Therapeut:innen im Verlauf angepasst werden. Insgesamt wird empfohlen, dass der zeitliche Hauptanteil der Therapie auch die Hauptphase ausmacht, da in diesem Therapieabschnitt gemeinsam Veränderungen in den Familien angestoßen werden.



Abbildung 2.3 Leitfaden zum Ablauf und zur Struktur des Behandlungsprogramms

4.1 Kennenlernen

Ziele

- ▶ Alle Beteiligten der Therapie werden durch den/die Therapeut:in persönlich kennengelernt.
- ▶ Der Therapieablauf bzw. die Planung der nächsten Termine wird für alle verständlich erklärt.
- ▶ Gemeinsam werden allgemeine Verhaltensregeln für die Therapie erarbeitet.

4

4.1.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

Der Start in die Therapie hängt (unabhängig vom Altersbereich) davon ab, wie gut sich Therapeut:in und Patient:in bereits kennen. Hat vor dem Beginn der Therapie bereits eine diagnostische Phase stattgefunden, ist das Kennenlernen schon erfolgt. Ist die erste Sitzung auch gleichzeitig die »Kennenlernsitzung«, sollte hier und auch in den folgenden Terminen ein Schwerpunkt darauf gesetzt werden. Da die therapeutische Beziehung während der Therapie so wichtig ist, ist die Kennenlernphase sehr bedeutsam für den weiteren Therapieverlauf.

Vor dieser Phase ist wichtig zu klären, ob und wenn ja welche Therapieerfahrungen der/die Patient:in oder die Bezugspersonen bereits gemacht haben. Weiterhin werden die Beteiligten in diesem Modul auf die Form der Beziehungsgestaltung, den Ablauf der Sitzungen vorbereitet sowie über organisatorische Elemente (Verbindlichkeit, Schweigepflicht, Bezugspersoneneinbezug) informiert. Es bietet sich an, regelmäßige Termine zu festen Zeiten zu vereinbaren (bspw. zu klären, ob Doppelstunden/hochfrequente Termine möglich sind). Dabei hat es sich gezeigt, dass insbesondere in dieser ersten intensiven Phase der Therapie eine hochfrequente Umsetzung der Termine sinnvoll und wichtig sein kann, auch um dann in späteren Phasen eine niederfrequente Begleitung beziehungsweise gegen Ende der Therapie ein Ausschleichschema umsetzen zu können.

Darüber hinaus ist diese Therapiephase eine Gelegenheit, die Patient:innen näher kennenzulernen und mehr über ihren Alltag zu erfahren. Dafür können ein exploratives Gespräch oder aber auch einzelne altersangemessene spielerische Aktivitäten genutzt werden.

Auch mit den Bezugspersonen ist es das Ziel, eine offene, vertrauensvolle und sichere Basis zur Zusammenarbeit zu schaffen. Weiterhin wird der Ablauf des Therapieprogramms erklärt, mit besonderem Augenmerk auf der Rolle der Bezugspersonen. Wichtig ist, dass alle Beteiligten wissen, was sie von der Therapie erwarten können. Dazu gehört auch das Weiterarbeiten an den Inhalten zuhause sowie der Umgang mit schwierigen Themen in der Therapie, die über eine Psychoedukation hinausgehen werden.

4.1.2 Einbezug der Bezugspersonen

In diesem Abschnitt hängt der Einbezug der Bezugspersonen von den individuellen Gegebenheiten ab. Sowohl die Patient:innen als auch die teilnehmenden Bezugspersonen sollten den / die Therapeut:in kennenlernen und ausführlich über die Therapiemodalitäten aufgeklärt werden.

Ist die Familie gegebenenfalls schon aus der Diagnostik bekannt und haben in dem Zuge bereits individuelle Sitzungen mit allen Beteiligten stattgefunden, reicht für dieses Modul eine gemeinsame Sitzung möglicherweise aus. Ist die Familie allerdings noch nicht bekannt oder aber die Erfahrung hat gezeigt, dass gemeinsame Sitzungen aktuell nur schwer möglich sind, sollten individuelle oder geteilte Sitzungen umgesetzt werden.

Wichtig ist, dass sowohl Patient:innen als auch teilnehmende Bezugspersonen die Gelegenheit für einen individuellen Kontakt mit dem / der zuständigen Therapeut:in hatten.

Dieser individuelle Kontakt kann dafür genutzt werden, eigene Sorgen oder Fragen zu klären, und er ermöglicht den Therapeut:innen, das Interaktionsverhalten aller Beteiligten besser zu verstehen.

4.1.3 Durchführungshinweise zum Kennenlernen

Zu Therapiebeginn sollten einige Aspekte gemeinsam mit den Patient:innen sowie Bezugspersonen besprochen werden. Dies dient sowohl dem Kennenlernen und dem Schaffen von einer gemeinsamen Basis zum Therapiestart. Darüber hinaus dient dieser Therapieabschnitt dazu, Schwierigkeiten oder Konflikte, die im Verlauf der Therapie entstehen können, anzusprechen und frühzeitige Absprachen zu treffen, wie diese therapeutisch sinnvoll gelöst werden können.

Regelmäßigkeit. Ziel sollte sein, zwei bis drei feste Termine pro Woche zu etablieren. Es ist wichtig, von Anfang an eine Regelmäßigkeit zu schaffen und die Termine so zu planen, dass auch geteilte Termine mit den Bezugspersonen oder gemeinsame Sitzungen umgesetzt werden können. Ist für die Familie eine so hochfrequente Umsetzung der Therapie nicht möglich, sollte dies ebenfalls direkt zu Beginn mit allen Beteiligten abgesprochen und überlegt werden, ob zum Beispiel eine Kombination mit Online-Terminen möglich ist, um die hohe Frequenz zu gewährleisten. Insbesondere zu Therapiebeginn ist ein hochfrequentes Setting zu bevorzugen, dieses kann im weiteren Verlauf auch abnehmen, je nach personalisierter Gestaltung der Therapie.

Setting und Frequenz der Therapie. Die teilnehmenden Bezugspersonen sollen von Beginn an darüber aufgeklärt werden, dass es regelmäßig gemeinsame Sitzungen geben wird oder einzelne Termine aufgeteilt werden können. Dabei wird verdeutlicht, dass auch sie als Bezugssystem regelmäßig an der Therapie teilnehmen werden und damit ein fester Bestandteil im Verlauf sind.

Verhaltensregeln für die Therapie. Es kann insbesondere in der Arbeit mit den Bezugspersonen schwierig sein, Verhaltensregeln für alle Beteiligten zu vereinbaren. Einen Ein-

stieg in diesen Abschnitt bietet daher die Aufklärung über Regeln für Therapeut:innen. So wird deutlich, dass alle an der Therapie beteiligte Personen sich an bestimmte Verhaltensabsprachen halten müssen, damit die Zusammenarbeit positiv verlaufen kann.

Schweigepflicht. Der:Die Therapeut:in unterliegt einer strengen, gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber allen Beteiligten der Therapie. Schweigepflicht bedeutet, dass Dinge, die im Einzelkontakt erzählt werden, durch den/die Therapeut:in nicht in die gemeinsamen Termine getragen werden dürfen. Ausnahmen erfolgen nur mit expliziter Einwilligung der betroffenen Person, oder bei Fremd- oder Selbstgefährdung! Die Kinder/Jugendlichen/Bezugspersonen unterliegen keiner Schweigepflicht für eigene Themen, wohl aber einer Schweigepflicht für die Themen der anderen beteiligten Personen. Die Schweigepflicht ist insbesondere vor dem Hintergrund des geplanten Kiesler-Kreis-Familientrainings relevant. Während der CBASP@YoungAge-Therapie werden in einem gemeinsamen Setting therapeutische Inhalte umgesetzt. Die Therapeut:innen tragen in diesen Terminen die Verantwortung, dass die Patient:innen (und auch die Bezugspersonen) sich in den Terminen sicher fühlen und es einen geschützten Rahmen gibt, in dem sie sich öffnen können (Sicherheitszone). Für diese Sicherheitszone ist es entscheidend, dass mit allen an der Therapie Beteiligten die Schweigepflicht zu Beginn der Therapie besprochen wird. Es muss deutlich sein, dass alles, was in den individuellen Terminen besprochen wird, auch dort bleibt und nur nach Absprache nach außen getragen werden darf. Auch die gemeinsamen Sitzungen sind ein geschützter Raum, in dem erstmal alle Informationen verbleiben und auch nur nach Absprache weitergetragen werden dürfen.

Freiwilligkeit. Therapie ist freiwillig! Auch wenn die beteiligten Personen dies wissen, sollte zu Beginn der Therapie deutlich gemacht werden, dass dies auch bedeutet, dass die Therapie durch jede beteiligte Person jederzeit beendet werden kann. Alle Interventionen sind freiwillig. Wenn jemand etwas im Rahmen der Therapie nicht preisgeben oder umsetzen möchte, dann gibt es keine Verpflichtung dazu.

Ehrlichkeit. Das, was in der Therapie gesagt wird, sollte wahrheitsmäßig sein, das heißt, dass die Patient:innen und Bezugspersonen im Rahmen der Sitzungen entscheiden können, was sie preisgeben möchten und was nicht. Das, was preisgegeben wird, wird als wahr verstanden und allen Personen wird geglaubt. Wichtig ist, dass dies auch für die Therapeut:innen gilt. Auch das, was sie in der Therapie preisgeben, entspricht der Wahrheit, sie können sich aber auch genauso dafür entscheiden, etwas nicht preiszugeben.

Therapievereinbarung. Es wird mit den Beteiligten erarbeitet, was diese Regeln für die Therapie bedeuten und wer dafür verantwortlich ist, die Regeln einzuhalten und wer nicht (z. B. Schweigepflicht: Pflicht von Therapeut:innen, nicht aber von Patient:innen). Anschließend werden mit allen Beteiligten gemeinsam weitere Verhaltensregeln für die nun startende Therapie erarbeitet. Dabei ist darauf zu achten, dass die Bezugspersonen dies gemeinsam mit den Kindern/Jugendlichen tun. Der:Die Therapeut:in achtet in dieser Arbeit hauptsächlich darauf, dass alle Beteiligten die Möglichkeit bekommen, ihre Bedürfnisse zu äußern, und dass die Regeln in einem Therapiesetting tatsächlich so umsetzbar sind, dass positives gemeinsames Arbeiten möglich ist. Darüber hinaus wird eine beobachtende und zurückhaltende Rolle eingenommen. Wichtig ist der Hinweis,

dass die Regeln im Verlauf jederzeit angepasst werden können! Um eine hohe Verbindlichkeit zu erreichen, sollten die Regeln gemeinsam auf **AB 1** »Therapievereinbarungen« eingetragen werden.

4.2 Psychoedukation

Ziele

- ▶ Grundlegendes Wissen über depressive Erkrankungen wird vermittelt
- ▶ Das Konzept der interpersonellen Mauer wird für alle Beteiligten verständlich verdeutlicht.
- ▶ Die individuelle Mauer wird mit den Kindern oder Jugendlichen und auch den Bezugspersonen erarbeitet.

4.2.1 Hintergrund für die Therapeut:innen

In diesem Abschnitt der Einführungsphase sollten, sofern diese bestehen, zunächst offene Fragen zu Depressionen im Allgemeinen geklärt werden. Der:Die Therapeut:in kann hier sicherstellen, dass alle Patient:innen sowie Bezugspersonen verstanden haben, was eine depressive Erkrankung ist und wie diese sich äußern kann. Ein weiteres Ziel ist es, ein individuelles Störungsmodell im Rahmen des CBASP-Rationals zu erarbeiten. Das generelle Vorgehen kann wie folgt aussehen:

- (1) Vermittlung grundsätzlicher Informationen über depressive Erkrankungen (möglicherweise auch über eine Erklärung der interpersonelle Mauer).
- (2) Erfassung der Einflussfaktoren, die bisher im Leben der Patient:in aufgetreten sind.
- (3) Zusammenfassen dieser Elemente zu einem Störungsmodell (die eigene individuelle Mauer), das von den Patient:innen nachvollzogen werden kann und die aktuelle Situation erklärt.

Grundlage der Psychoedukation und der Erarbeitung des Störungsmodells ist das Konzept der interpersonellen Mauer (Abb. 4.1, vgl. Abschn. 2.1). Dieses Konzept beschreibt die Auswirkungen von traumatisierenden Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung einer depressiven Symptomatik mit interpersonellen Schwierigkeiten (s. auch Brakemeier & Buchholz, 2013). Die Verbindung zwischen frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen und der aktuellen Symptomatik wird herausgestellt. Die Patient:innen sollen verstehen lernen, warum sie in vielen Situationen gar nicht anders können, als sich auf die entsprechende Art und Weise zu verhalten und warum dies dazu führt, dass Probleme entstehen können. Generell



Abbildung 4.1 Das Modell der interpersonellen Mauer (nach Brakemeier et al., 2021)

sollte im Rahmen dieses Moduls besprochen werden, welche Familien- beziehungsweise Beziehungserfahrungen in den jeweiligen Familien vorliegen oder vorlagen und die Patient:innen sollten ein Konzept davon bekommen, was das für sie bedeuten könnte und wie diese Situationen mit den aktuellen Symptomen in Zusammenhang stehen.

Das Konzept der interpersonellen Mauer beschreibt, wie die Familien- beziehungsweise Beziehungserfahrungen dazu führen können, dass sich dysfunktionales interpersonelles Verhalten in den Patient:innen entwickeln kann. Vergangene oder aktuelle dysfunktionale interpersonelle Erfahrungen können dafür sorgen, dass die Patient:innen – aus Angst vor weiteren Verletzungen – Schwierigkeiten haben, sich zu öffnen und ihre Mauer zu überwinden. Diese Mauer beschreibt die Probleme von Patient:innen, mit ihrer sozialen Umwelt auf angemessene Art und Weise in Kontakt zu treten. Durch bisherige Erfahrungen konnten und können die Kinder und Jugendlichen nicht lernen, wie sie mit Bezugspersonen oder anderen Interaktionspartner:innen umgehen sollen oder deren Verhalten angemessen deuten. Diese frühe Beziehungsstörung führt dazu, dass sie häufig in Bezug auf Kontakte zu anderen Menschen oder Aktivitäten insgesamt sehr hoffnungslos, misstrauisch, hilflos und einsam sind. Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet dies, dass sie häufig zurückgezogenes, isolierendes Verhalten zeigen und in sozialen Kontakten schnell irritabel wirken, aber auch deutlich oppositionelles Verhalten zeigen können und sich gegenüber Bezugspersonen ablehnend verhalten. Diese Verhaltensweisen zeigen sich zumeist nicht nur im familiären Rahmen. Sie treten auch in schulischen oder anderen Kontexten auf, in denen die Kinder zurückgezogen, unsicher, grüblerisch oder oppositionell und aufsässig sind (vgl. Abschn. 1.2).

Diese Verhaltensweisen führen dann zu weiteren (traumatisierenden) Beziehungserfahrungen und damit einer weiteren Verstärkung der Symptomatik. Kinder und Jugendliche mit schweren und längeren depressiven Erkrankungen erwarten zumeist nicht mehr, positive Beziehungserfahrungen mit anderen Personen zu erleben. Sie sind oft gar nicht in der Lage, wirklich wahrzunehmen, was in ihrer Umwelt geschieht und wie sie selber mit ihrem Verhalten auf andere Menschen wirken, was manchmal auch daran liegt, dass sie die anderen Personen gar nicht mehr anschauen oder das eigene Verhalten mit dem von Interaktionspartner:innen in Beziehung setzen. Auch die engen Bezugspersonen reagieren dann zumeist vor allem auf die aktuellen Verhaltensdefizite durch ebenfalls schwieriges Verhalten (z. B. feindseliges oder dominantes Verhalten; vgl. Kiesler-Kreis-Familientraining, Abschn. 5.1). Dies führt zu einem Teufelskreis, der das Problemverhalten beider Seiten nur verstärkt und beim Kind / Jugendlichen den Grundgedanken beziehungsweise die Prägung intensiviert »Egal was ich tue, es ändert doch nichts«: Es ist eine Art Mauer entstanden, die keine alternativen Reaktionen mehr zulässt und die erlernte Hilflosigkeit hervorruft (vgl. Abschn. 2.1).

In diesem Abschnitt soll dieses Rational in einem Störungsmodell für die Patient:innen und die Bezugspersonen erarbeitet werden. Die Mauer, die im Verhalten und Erleben besteht, kann so sichtbar für alle Beteiligten gemacht werden. Die Auswirkungen können sich für die Familien sehr unterschiedlich darstellen.

■ Beispiel • Mögliche Folgen der interpersonellen Mauer

Für Kinder / Jugendliche:

- ▶ Isolation
- ▶ Rückzug
- ▶ Erhöhte Wachsamkeit
- ▶ Erhöhter Stress (damit einhergehend Veränderungen im Schlaf oder im Appetit)
- ▶ Oppositionelles Verhalten
- ▶ Regelmäßige negative Reaktionen anderer Personen

Für die Bezugspersonen:

- ▶ Geringe Kommunikation von Bedürfnissen
- ▶ Erhöhter Stress
- ▶ Bedingt durch Isolation der Kinder weniger Interaktionen und somit auch weniger positive Aktivitäten beziehungsweise positive Beziehungszeit mit den Kindern
- ▶ Strenges Verhalten
- ▶ Mehr und härtere Konsequenzen
- ▶ Vernachlässigung von emotionalen Bedürfnissen
- ▶ Bestätigung des Verhaltens durch weitere oppositionelle Verhaltensweisen der Kinder

Für die Familien:

- ▶ Weniger Kommunikation
- ▶ Weniger Aktivitäten
- ▶ Streit über Kleinigkeiten
- ▶ Weniger Verlässlichkeit
- ▶ Genereller Rückzug auch von Freunden und anderen Familien

4.2.2 Durchführungshinweise zur Psychoedukation

Dieser Therapieabschnitt zur Erarbeitung der interpersonellen Mauer kann mit einer generellen Einheit zur Psychoedukation über Depressionen im Kindes- und Jugendalter beginnen. Häufig ist es so, dass sowohl die Patient:innen als auch die Bezugspersonen nach der Diagnostik zum ersten Mal mit der Diagnose einer Depression konfrontiert werden. Gemeinsam mit den Kindern oder Jugendlichen können zunächst einzelne Aspekte der Erkrankung besprochen und kontextualisiert werden. Dieser Schritt behandelt Depressionen allerdings allgemein und nicht individuell ursachenbezogen. Es wird besprochen, was eine psychische Erkrankung ist, wie häufig Kinder oder Jugendliche daran erkranken und was man dagegen unternehmen kann. Der Zugang zur Erkrankung ist allerdings auch hier sehr individuell. Die folgenden Inhalte können in der Psychoedukation mit den Kindern und Jugendlichen besprochen werden. Wichtig ist hier-

bei erneut das individuelle Anpassen auf das jeweilige Tempo der Patient:innen. In dem Kasten sind unterschiedliche altersangemessene Möglichkeiten beschrieben. Zu beachten ist, dass nicht immer jede Herangehensweise für jeden Entwicklungsstand passend ist. Die Beispiele dienen als Orientierung.

Beispiele für die Umsetzung von Psychoedukation

Altersbereich ab 10 Jahre:

- ▶ Eine psychische Erkrankung kann entstehen, wenn sich ein Mensch über eine lange Zeit große Sorgen macht oder Menschen etwas sehr Schlimmes erleben mussten. Man kann eine psychische Erkrankung nicht wirklich sehen, aber sie ist mindestens genauso ernst zu nehmen und schlimm, wie eine körperliche Erkrankung, eine Schürfwunde oder ein gebrochenes Bein.
- ▶ Eine Depression ist eine psychische Erkrankung. Wenn jemand sehr oft traurig oder ängstlich ist, kann dieser Mensch krank werden. Wenn diese Person die meiste Zeit des Tages traurig ist, kein Interesse oder keine Freude an Dingen hat, die ihm früher richtig viel Spaß gemacht haben, und oft müde und erschöpft ist, dann spricht man von einer Depression.
- ▶ Niemand ist schuld daran, dass dieser Mensch eine Depression hat! Man kann selbst nichts dafür.
- ▶ Viele Dinge spielen bei der Entstehung eine Rolle. Jedes Kind hat seine ganz persönliche Geschichte, weshalb es ihm oder ihr gerade nicht gut geht.

Altersbereich ab 13 Jahre

- ▶ Wenn sich Menschen über eine längere Zeit große Sorgen machen, traurig oder ängstlich sind oder sie etwas Schlimmes erleben mussten, können sie krank in der Seele bzw. Psyche werden. Deswegen spricht man von einer psychischen Erkrankung. Eine psychische Erkrankung ist genauso ernst zu nehmen wie beispielsweise ein gebrochenes Bein. In beiden Fällen sollte man eine Expertin / einen Experten aufsuchen. Für eine psychische Erkrankung sind Psychotherapeut:innen die Expert:innen, wie der Name schon sagt.
- ▶ Die Depression ist eine psychische Erkrankung. Sie tritt unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft auf. Depressionen können also jeden treffen und das gesamte Erleben beeinflussen. Menschen mit einer Depression leiden häufig unter trauriger Stimmung, Stimmungsschwankungen und körperlichen Symptomen, wie zum Beispiel Bauch- oder Kopfschmerzen. Generell gibt es viele unterschiedliche Merkmale, die während dieser Erkrankung auftreten können.
- ▶ In keinem Fall ist die depressive Erkrankung deine Schuld! Eine depressive Erkrankung kann nicht auf einen spezifischen Auslöser zurückgeführt werden, sondern ist auf viele unterschiedliche Dinge zurückzuführen.