



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Elisabeth Schramm

Interpersonelle Psychotherapie

Mit dem Original-Therapiemanual
von Klerman, Weissman, Rounsaville
und Chevron

4. aktualisierte Auflage

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

**Bibliografische Information der Deutschen
Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Gemäldes von Edvard Munch: The Dance of Life © The Munch Museum/
The Munch Ellingsen Group/VG Bild-Kunst, Bonn
2010

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet

GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Dr. Katharina Ruppert

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-43258-9

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) gehört zu den am besten untersuchten evidenzbasierten Therapieverfahren und ist entsprechend in wissenschaftlich fundierten Behandlungsleitlinien (z. B. zur Depression, Bulimie, Bipolarer Störung) als Behandlungsempfehlung aufgenommen. Die IPT stellt einen wirksamen Therapieansatz dar, der insbesondere auf Patientinnen und Patienten¹ zugeschnitten ist, deren Depression sich im Kontext zwischenmenschlicher oder psychosozialer Belastungen entwickelt hat. Viele Kollegen haben schon von der IPT und etwas über sie gelesen, wissen aber nicht, wie diese Methode angewendet werden kann. Dieses Buch wendet sich an sie sowie an Therapeuten, die IPT bereits kennengelernt haben und sich im vorliegenden Manual bei der Durchführung orientieren wollen.

Mit der 1996 erschienenen 1. Auflage des vorliegenden Buches wurde das Original-Therapiemanual zur »Interpersonellen Depressionstherapie« nach Klerman und Weissman zum ersten Mal in deutscher Sprache herausgegeben. Das Buch ist in unserer Arbeitsgruppe entstanden, die seit über 20 Jahren die IPT intensiv praktisch eingesetzt, beforscht, weiterentwickelt und an Kollegen vermittelt hat. Dank vieler Rückmeldungen unserer Leser wissen wir, dass sich unser Manual in der Praxis bewährt hat. 9 Jahre nach der 3. Auflage des Buches wurde der Inhalt nun grundlegend überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. So werden hier die zahlrei-

chen Modifikationen des Ansatzes für andere Störungsformen, Settings und Zeitrahmen beschrieben, die in den letzten Jahren untersucht und angewendet wurden. Auch ein fünfter Fokus »Arbeitsstress« wird eingeführt. Neben der praktischen Anleitung zur IPT stellt unser Buch die zentralen Grundlagen und das nötige Hintergrundwissen bereit. Kliniker mit Interesse an der Anwendung der IPT im Forschungskontext können gleichermaßen von der Lektüre profitieren wie Psychotherapeuten, welche die IPT in ihren klinischen Alltag integrieren wollen. Darüber hinaus findet der Therapeut hier natürlich auch Antworten auf die wichtigsten Fragen, die ihm beim Einsatz der IPT in der Praxis begegnen. Für eine umfassende Anwendung dieses Verfahrens wird im Anschluss an die Lektüre des Manuals die Teilnahme an einem Trainingsprogramm empfohlen.

Da ein Psychotherapieverfahren sowohl im Ausbildungsprozess als auch in seiner Anwendung den lokalen sprachlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten Rechnung tragen muss, war es ein besonderes Anliegen, dass dieses Buch bis auf die Übersetzung des Original-Manualteils (Teil II des Buches) eine eigenständige Monografie darstellt. Aus diesem Grund ist in den folgenden Kapiteln nicht nur die ursprüngliche, ambulante Form der IPT beschrieben, sondern auch der im deutschsprachigen Raum gebräuchliche und evaluierte Einsatz im stationären Behandlungsrahmen. Das Hauptanliegen unseres IPT-Manuals ist eine möglichst weite Verbreitung dieses effektiven, in der Praxis enorm nützlichen Therapieansatzes. Denn trotz der guten Wirksamkeitsnachweise und der Empfehlung in Behandlungsleit-

1 Im Buch wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet, was aber stets geschlechtsneutral gemeint ist, d.h. alle Menschen meint.

linien hat sich die IPT im deutschsprachigen Bereich bisher nur im stationären Setting gut verbreitet, während sie in der ambulanten Praxis noch wenig Anwendung findet. Dies liegt allerdings weder an mangelndem Interesse der Kliniker oder Patienten, noch an der Anwendbarkeit im ambulanten Rahmen, sondern an strukturellen Grundproblemen, wie in Deutschland Behandlungsmethoden zum Beispiel über Regelungen zu Richtlinienverfahren erstattungsfähig werden. Bereits im Jahr 2006 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf der Grundlage der Wirksamkeitsnachweise die Relevanz der Methode für die Depressionsbehandlung in einem Gutachten anerkannt. Ein Antrag zur Überprüfung der IPT auf Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die vertragsärztliche Versorgung wird von den Antragsberechtigten beim Gemeinsamen Bundesausschuss jedoch aufgrund anderer Prioritäten bei der Methodenprüfung bisher erst für Herbst 2019 erwartet. Als evidenzbasierte Methode ist die IPT jedoch in Direktverträgen mit den größten Krankenkassen bereits erstattungsfähig.

In dem Buch werden die wichtigsten Fragen zu depressiven Erkrankungen und deren Behandlung beantwortet. Woran erkennt man eine klinische Depression? Welche Menschen sind dafür anfällig? Wie lange dauert eine depressive Episode? Was ist bei der Anwendung der IPT zu beachten? Ist dieses störungsorientierte Verfahren wirksamer als andere? Worin bestehen die Unterschiede zu anderen Therapieformen? Auf diese und viele weitere Fragen möchte das vorliegende Buch in vier Hauptteilen Antworten geben.

Der erste Teil gibt eine Einführung in die IPT und liefert gleichzeitig einen theoretischen und empirischen Rahmen für die Anwendung in der Praxis. Aktuelles Wissen über das Erkrankungsbild der Depression und die zur Verfügung stehenden Behand-

lungsverfahren helfen dem Therapeuten bei der Psychoedukation des Patienten.

Beim zweiten Teil handelt es sich um die deutsche Übersetzung eines Abschnitts des Original-Therapiemanuals von Klerman und Weissman, in dem die praktische Durchführung der IPT unter ambulanten Bedingungen beschrieben wird. Dabei wird die therapeutische Vorgehensweise in allen Problembereichen erläutert und an einem Fallbeispiel veranschaulicht. Daran schließt sich die Beschreibung eines stationären Behandlungsprogramms mit der IPT an.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit speziellen Fragestellungen, die sich aus der praktischen Anwendung der IPT ergeben. Anhand eines Falles wird beschrieben, wie sich die IPT mit pharmakologischen Maßnahmen kombinieren lässt. In diesem Teil werden zudem Hilfestellungen zur Bewältigung schwieriger Therapiesituationen gegeben. Was ist beispielsweise zu tun, wenn sich der Zustand des Patienten verschlechtert, er suizidal wird, die Therapie abbrechen möchte, komorbide Störungen aufweist oder den Therapieprozess blockiert? Was ist zu beachten, wenn Angehörige in die Therapie einbezogen werden? Ein weiteres Kapitel dieses dritten Teils widmet sich der Rolle der Therapeut-Patient-Beziehung und der Persönlichkeit des Patienten in der IPT.

Im vierten Teil werden abschließend die Ausbildung und Aufgaben eines IPT-Therapeuten dargestellt.

Unser Anspruch an eine Neuauflage war es, neben der Aktualisierung des Wissensstandes die Anwendung dieser Therapieform in ihrer bestechenden Einfachheit möglichst praxisnah zu beschreiben. Die Einführung der IPT in den deutschsprachigen Raum beruht auf den Ideen von Mathias Berger, ohne dessen tatkräftige Unterstützung und Initiative dieses umfangreiche Vorhaben nicht möglich gewesen wäre. Hierfür gilt ihm mein besonderer

Dank. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Ellen Frank, David Kupfer und Cleon Cornes, von denen ich während meiner Zeit in den USA das meiste über diese Therapieform lernen durfte. Nicht zuletzt gebührt Katharina Ruppert Dank für die äußerst engagierte und kompetente Lektorierung des vorliegen-

den Buches. Abschließend bedanke ich mich auch bei meiner Arbeitsgruppe, den Co-Autorinnen und -autoren und allen Patienten, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben.

Freiburg, im Februar 2019
Elisabeth Schramm

Geleitwort

Vor über 40 Jahren wurde die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) in den Vereinigten Staaten von Gerald Klerman und seiner Frau Myrna Weissman zur Behandlung unipolar depressiver Episoden entwickelt. Zwischenzeitlich wurde die Wirksamkeit dieser plausiblen und einfach zu erlernenden Methode nicht nur für diese Erkrankung, sondern auch für andere Störungsformen in zahlreichen Studien nachgewiesen. Entsprechend wird das Verfahren in nationalen und internationalen Leitlinien zur Behandlung depressiver Erkrankungen offiziell empfohlen. Trotz der überzeugenden wissenschaftlichen Belege für die Effektivität dieser Therapieform und dem großen Interesse der internationalen Fachwelt daran, ist das Verfahren in der klinischen Praxis noch wenig verbreitet. Die ungenügende Verbreitung ist ein Phänomen, das international jedoch nicht nur bei der IPT, sondern auch bei anderen evidenzbasierten Psychotherapieansätzen zu beobachten ist. Im vorliegenden Fall kommt möglicherweise noch erschwerend hinzu, dass die IPT keiner der im deutschsprachigen Raum anerkannten psychotherapeutischen Hauptrichtungen – d. h. der psychodynamischen Therapie, der kognitiven Verhaltenstherapie oder der systemischen Therapie – zuzurechnen ist. Gleichzeitig ist gerade die Unabhängigkeit dieses Ansatzes von traditionellen Schulen ein überzeugender und zukunftsweisender Vorzug der IPT. Die Methode orientiert sich an den Merkmalen eines bestimmten Störungsbildes und unterstreicht damit den heutigen Trend zur Ablösung von rigiden schulen-orientierten Vorgehensweisen.

Mit ihrem Fokus auf den zwischenmenschlichen Prozessen schließt die IPT eine Lücke

innerhalb der gebräuchlichsten psychologischen Ansätze zur Behandlung der Depression, nämlich der kognitiven Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Verfahren. Was das Ausmaß an Strukturiertheit betrifft, so liegt die IPT zwischen diesen beiden anderen Interventionen, ist jedoch durch die praxisnahe und pragmatische Vorgehensweise wesentlich leichter zu erlernen. Dieses Charakteristikum sollte die IPT eigentlich zur Topkandidatin nicht nur im deutschsprachigen Raum und anderen »westlichen« Ländern machen, sondern insbesondere auch in Ländern, deren Gesundheitswesen nicht so hoch entwickelt und mit weniger finanziellen Ressourcen ausgestattet ist. Weltweit betrachtet ist die Depression eines der ganz großen Gesundheitsprobleme unserer Zeit. Ein wissenschaftlich fundiertes, gut strukturiertes und mit vertretbarem Aufwand vermittelbares Therapieverfahren wie die IPT kann das Leiden wirklich sehr vieler Menschen lindern und unnötige Suizide verhindern. Darüber hinaus hat die IPT aber auch das Potenzial, einen enormen positiven volkswirtschaftlichen Effekt zu erzielen!

Das Buch von Elisabeth Schramm ist mehr als die Beschreibung eines Psychotherapieverfahrens. Vielmehr erhält die Leserin, der Leser hiermit ein State-of-the-art-Werk der Depressionsforschung im Hinblick auf Epidemiologie, Ätiopathogenese, Verlauf und unterschiedliche Therapiemöglichkeiten an die Hand. Die Synthese aus neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu neurobiologischen, psychologischen und interpersonellen Aspekten einerseits und Vermittlung konkreter Kompetenzen für den therapeutischen Alltag andererseits befähigt den IPT-Thera-

peuten, seine Patienten nach aktuellem Kenntnisstand zu informieren, zu beraten und zu behandeln. Entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell, von dem die IPT ausgeht, gehört dazu selbstverständlich auch fundiertes Wissen über die biologischen Aspekte bezüglich Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung sowie über die aktuellen somatischen Therapiemöglichkeiten.

Dass sich die Depression im zwischenmenschlichen Feld abspielt und deshalb auch dort behandelt werden sollte, ist für Menschen auch unterschiedlichster Kulturen augenscheinlich. Deshalb scheint mir die IPT besonders geeignet, auch in »nicht-westlichen« Kulturen Verbreitung zu finden, aber natürlich auch in unserer Gesellschaft, die ja eine immer stärkere Durchmischung der Kul-

turen erlebt. Daraus ergeben sich übrigens auch neue und spannende Aufgaben für die Forschung, wie beispielsweise: Wie wirksam ist IPT bei depressiven Menschen, deren Beziehungspartner anderen Kulturen angehören?

In diesem Sinne wünsche ich dem Buch eine lebendige Rezeption in der Fachwelt und die Verbreitung und Nachhaltigkeit, die es verdient!

Zürich, im Juni 2010

Prof. Dr. Ulrich Schnyder

President, International Federation
for Psychotherapy (IFP)

President, International Society
for Traumatic Stress Studies (ISTSS)

Geleitwort zur 1. Auflage

Mit dieser ersten deutschsprachigen Einführung in die Interpersonelle Psychotherapie trägt Frau Schramm zu einer Entwicklung der Psychotherapie bei, die ich für sehr wünschenswert halte. Das Buch von Frau Schramm ist geeignet, zu einer Entideologisierung der Psychotherapie beizutragen. Die Interpersonelle Therapie läßt sich keiner der bestehenden Therapieschulen zuordnen, und das ist gut so. Sie hat zwar gewisse psychodynamische Wurzeln, aber das Vorgehen ist in vieler Hinsicht gerade das Gegenteil von dem, was von einer psychodynamischen Therapie üblicherweise erwartet wird. Im tatsächlichen Vorgehen bestehen eher Ähnlichkeiten mit dem problemlösungsbezogenen Vorgehen der Verhaltenstherapie, nicht aber in den inhaltlichen Erklärungsansätzen und Schwerpunktsetzungen. In der Schwerpunktsetzung auf den zwischenmenschlichen Beziehungen läßt sich eine Überschneidung mit systemorientierten Ansätzen erkennen, aber eine Zuordnung zu diesen Ansätzen würde weder der Interpersonellen Therapie noch den systemorientierten Ansätzen gerecht. Die Interpersonelle Therapie entzieht sich somit Versuchen zur Einordnung in eine der Schubladen der bestehenden Therapieformen. Sie will erklärtermaßen auch selbst keine neue Therapieform im Sinne der bestehenden Therapieschulen sein. Der ganze Ansatz ist vom Pragmatismus gekennzeichnet.

Der ausdrückliche Verzicht auf einen ideologischen Oberbau könnte für viele Psychotherapeuten den Zugang zur Interpersonellen Therapie erleichtern. Das Vorgehen ist relativ leicht erlernbar. Ein Manual erleichtert die Aneignung des Vorgehens. Man muss sich nicht mit einem bestimmten Überzeugungs-

system verheiraten, wenn man die Interpersonelle Therapie erlernen und anwenden will. Dies alles sind in der gegenwärtigen Psychotherapielandschaft große Vorteile. Angesichts dieser Vorzüge darf man der Interpersonellen Therapie auch im deutschen Sprachraum eine zügige Verbreitung wünschen. Dazu wird dieses Buch beitragen. Angesichts dessen, dass die Interpersonelle Psychotherapie international erst an relativ wenigen Zentren systematisch angewendet wird, ist es erstaunlich, wie gut die Wirksamkeit dieses therapeutischen Vorgehens bereits abgesichert ist. Wir wissen zwar noch wenig über die Wirkungsweise dieser Therapieform, aber wir haben Belege dafür, dass ihre Wirkung derjenigen anderer Therapieformen, mit denen sie verglichen wurde, nicht nachsteht. Das kann man wahrlich nicht für jede Therapieform sagen.

Natürlich stellt das Vorliegen eines Behandlungsmanuals an sich noch keinen wissenschaftlichen Güteausweis dar. Die Existenz eines solchen Manuals kann aber Grundlage dafür sein, dass ein gut definiertes Behandlungsvorgehen im Hinblick auf seine tatsächlichen Wirkkomponenten analysiert werden kann. Was für die Interpersonelle Psychotherapie in Zukunft Not tut, sind Prozeßanalysen des Therapiegeschehens. Diese setzen aber voraus, dass das Vorgehen zunächst einmal breiter angewendet wird, als es heute geschieht. Erst wenn uns Prozeßanalysen mehr Aufschluß über die wirklich entscheidenden Wirkkomponenten des Vorgehens gegeben haben werden, kann ein nochmals verbessertes Vorgehen entwickelt werden, in dem die tatsächlichen Wirkkomponenten noch stärker betont und

Nebensächliches beiseite gelassen wird. Es wird der Interpersonellen Therapie wahrscheinlich leichter als anderen Therapieformen fallen, Konsequenzen aus solchen Forschungsergebnissen zu ziehen, weil die Therapie von Anfang an nicht an einem Überzeugungssystem, sondern an dem pragmatischen Ziel einer möglichst wirksamen und ökonomischen Therapie für bestimmte Patientengruppen orientiert war. Es ist zu hoffen, dass die Vertreter der Interpersonellen Therapie an dieser pragmatischen Ausrichtung auch in Zukunft festhalten und nicht der Gefahr erliegen werden, das Vorgehen zu katechetisieren. Als unideologische Therapie kann die Interpersonelle Therapie ein Modell für die Weiterentwicklung der

Psychotherapie überhaupt sein. Natürlich wird sie nicht für sich alleine stehenbleiben können, sondern sollte in Zukunft eingebettet werden und aufgehen in einem noch breiter angelegten Verständnis der Psychotherapie, das zunehmend auf Wissen statt auf Überzeugungen beruht. In diesem Sinne wünsche ich diesem Buch eine möglichst große Verbreitung. Möge es seinen Beitrag leisten auf dem langen Weg zu einer »Psychotherapie der Vernunft«.

Bern, im Mai 1996

Prof. Dr. Klaus Grawe

Inhaber des Lehrstuhls für
Klinische Psychologie und
Psychotherapie, Universität Bern

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Mathias Berger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Martin Bohus

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)
J 5
D-68159 Mannheim

Prof. Dr. rer. nat. Eva-Lotta Brakemeier

Fachbereich Psychologie der
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18
D-35037 Marburg

Dr. phil. Petra Dykierék

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

Dr. Susanne Hedlund

Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee

Dr. med. Ute Nowotny-Behrens

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz

Obere Dorfstr. 10A
CH-4126 Bettingen

Dr. phil. Nicola Thiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
D-79104 Freiburg

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ingo Zobel

Hochschule Fresenius
Fachbereich Wirtschaft & Medien
Jägerstraße 32
D-10117 Berlin

Inhalt

I. Einführung in die Interpersonelle Psychotherapie

1	Der interpersonelle Ansatz bei depressiven Störungen	3	3.6	Behandlungsstrategien	37
	<i>Elisabeth Schramm</i>			Stellenwert der Psychotherapie in der Depressionsbehandlung	38
1.1	Sind depressive Störungen Beziehungsstörungen?	3		Psychotherapeutische Verfahren	40
1.2	Kurze Charakterisierung der IPT	6		Pharmakotherapeutische Strategien	43
2	Die Entwicklung und Verbreitung der IPT	11		Biologische Strategien	45
	<i>Elisabeth Schramm und Mathias Berger</i>		3.7	Fazit und Implikationen	46
2.1	Die Entstehung der IPT in den USA	11	4	Die IPT im Überblick	52
2.2	Die IPT im deutschsprachigen Raum und in anderen Ländern	14		<i>Elisabeth Schramm und Ingo Zobel</i>	
2.3	Ausblick	16	4.1	Theoretischer Hintergrund	52
3	Fakten über depressive Erkrankungen – diagnostische und psychoedukative Phase der IPT	19		Adolf Meyer	53
	<i>Eva-Lotta Brakemeier, Rolf Stieglitz und Elisabeth Schramm</i>			Harry Stack Sullivan	53
3.1	Begriffsklärung Depression	19		Mabel Blake Cohen	54
3.2	Klassifikatorische Diagnostik nach DSM-5 und ICD-10	20		John Bowlby	54
	Unipolare episodische Depression	25		Donald Kiesler	55
	Persistierend depressive Störung bzw. chronische Depression	29	4.2	Empirischer Hintergrund	56
	Bipolare Störung	30		Schlüsselrolle interpersoneller Faktoren	56
3.3	Diagnostische Instrumente	30		Entwicklungspsychologische Arbeiten	58
	Klassifikatorische Diagnostik	30		Forschung zur sozialen Unterstützung	59
	Therapiebegleitende Diagnostik	31		Lebensereignis- und Expressed-Emotion-Forschung	60
3.4	Epidemiologie	34		Zusammenfassung	63
3.5	Verlauf, Prognose, Komorbidität und Risikofaktoren	35	4.3	Durchführung der IPT	63
				Depressionsentstehung	64
				Therapiephasen	64
				Initiale Therapiephase	66
				Mittlere Therapiephase	68
				Beendigungsphase	69
				Erhaltungstherapiephase	69
				Kernelemente und Techniken der IPT	70
				Fallbeispiel	72
				Besonderheiten der IPT-Phasen	73
			4.4	Indikation und Kontraindikation	73
				Behandlungssetting, Schwere und Art der Probleme	73
				Störungsbild und Komorbidität	73
				Kontraindikationen	74

4.5	Andere Anwendungsbereiche	74
4.6	Wirksamkeit der IPT bei verschiedenen Krankheitsbildern	74
	IPT zur Akutbehandlung der Major Depression	74
	IPT als rezidivprophylaktische Behandlung	79
	Pittsburgh-Studien zur Erhaltungstherapie	80
	IPT bei anderen affektiven Störungsformen	82
	IPT bei Depression und körperlichen Erkrankungen	86
	IPT bei nicht affektiven Störungsformen	87
	Spezielle Settings: IPT in Entwicklungsländern und anderen Kulturen	90
4.7	Wirkmechanismen, Prädiktoren und Mediatoren effektiver IPT	90
	Veränderungsprozesse während der Therapiesitzung	92
	Patientenbezogene Veränderungsmechanismen	94
	Andere Verfahren – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	95
	Erste Forschungsschritte auf der Suche nach Mediatoren	96
	Zusammenfassung	97
4.8	Fazit	97
5	Vergleich mit anderen Psychotherapieverfahren – Unterschiede und Gemeinsamkeiten	107
	<i>Petra Dykierrek, Eva-Lotta Brakemeier und Elisabeth Schramm</i>	
5.1	Annahmen zur Ätiopathogenese	108
	KVT	108
	PP	110
	IPT	111
	Zusammenfassung	111
5.2	Struktur, Therapiephasen und Inhalte	112
	KVT	112
	PP	114
	IPT	116
	Zusammenfassung	117

5.3	Therapieziele und Techniken	117
	KVT	117
	PP	118
	IPT	118
	Zusammenfassung	119
5.4	Therapeutische Beziehung	120
	KVT	120
	PP	120
	IPT	121
	Zusammenfassung	122
5.5	Wirksamkeit	122
	KVT	122
	PP	124
	IPT	124
	Zusammenfassung	124
5.6	Fazit	125

II. Manual zur Durchführung der Interpersonellen Psychotherapie

6	Ziele und Aufgaben	131
7	Diagnose von Depression und interpersonellen Problemen	134
7.1	Die Anfangssitzungen – Auseinandersetzung mit der Depression	134
	Erhebung der Symptome	135
	Benennung der Symptome	138
	Erläuterung von Depressionen und deren Behandlung	139
	Zuteilung der Krankenrolle	139
	Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung	140
7.2	Die Depression im interpersonellen Kontext	142
	Beziehungsanalyse (Interpersonal Inventory)	142
	Identifikation der Hauptproblem-bereiche	142
	IPT-Konzepte und Behandlungsvertrag	146
7.3	Beginn der mittleren Sitzungen	149
	Thematischer Fokus	149

Entscheidungsanalyse	202
Rollenspiel	202
13.7 Sonstige Techniken	203
14 Ein integratives Fallbeispiel	204
14.1 Strategien und Abfolge der Interventionen	204
Anfangsphase (Sitzungen 1 und 2) ..	204
Mittlere Phase (Sitzungen 3 bis 8) ...	209
Beendigungsphase (Sitzungen 9 bis 12)	212
Zusammenfassung	214
14.2 Die IPT im Vergleich mit anderen Ansätzen	214
Überschneidung mit anderen Therapieformen	214
IPT versus Verhaltenstherapien und kognitiven Therapien	216
14.3 Interventionsebenen	217
14.4 Techniken	217
Explorative Techniken	217
Umgang mit Gefühlen und Ermuntern zum Affekt	219
Klärung	221
Techniken zur Verhaltensänderung ...	224
Kommunikationsanalyse	226
Einsetzen der therapeutischen Beziehung	226
15 Die IPT im stationären Bereich – Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines Konzepts	228
<i>Nicola Thiel und Elisabeth Schramm</i>	
15.1 Rational für die Entwicklung eines stationären IPT-Konzepts	228
15.2 Evaluation	230
Phase I	230
Phase II	231
Phase III	231
15.3 Neuere Entwicklungen des stationären IPT-Konzepts	232
Initiale Phase	235

Mittlere Phase	235
Beendigungsphase	239
Ältere Patienten	240
15.4 Zusammenfassung	242
16 Fünfter Fokus Arbeitsstress	244
<i>Elisabeth Schramm und Nicola Thiel</i>	
16.1 Arbeit im interpersonellen Kontext	244
16.2 Fokus Arbeitsstress	245
Initiale Phase	246
Mittlere Phase	246
Beendigungsphase	250
16.3 Fallbeispiel	251
Initiale Phase	251
Mittlere Phase	252
Beendigungsphase	254
16.4 Zusammenfassung	255

III. Spezielle Fragestellungen aus der Praxis

17 Kombination von IPT und Psychopharmaka an einem Fallbeispiel	259
<i>Ute Nowotny-Behrens und Elisabeth Schramm</i>	
18 Umgang mit schwierigen Therapiesituationen	264
<i>Elisabeth Schramm</i>	
18.1 Schwierigkeiten beim Identifizieren des Problembereichs	264
Suche nach dem relevanten Problembereich	264
Hypothesengeleitetes Fragen	266
Mehrere Problembereiche	268
Einigungsschwierigkeiten zwischen Therapeut und Patient	268
18.2 Vermeidungsverhalten des Patienten	269
Passivität	270
Häufiges Zuspätkommen oder Versäumen von Terminen	271

Schweigen	272
Behandlungsabbruch	273
Andere Formen von Vermeidungs- verhalten	273
18.3 Komorbidität	274
Komorbidität mit psychischen Erkrankungen	274
Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen	275
Behandlung komorbider Störungen ..	275
Prognose	276
18.4 Stagnation oder Verschlechterung des Zustands	277
18.5 Suizidalität	278
Exploration	278
Risikofaktoren	279
Protektive Faktoren	280
Haltung und Verhalten des Therapeuten	281
Maßnahmen bei Suizidgefahr	282
18.6 Schwierigkeiten beim Beenden der Therapie	283
Erneutes Auftreten depressiver Symptome	284
Spätes Ansprechen des Kernproblems	284
Ignoranz des Therapieendes	284
Ärgergefühle	285
Abhängiges Verhalten	285
Frühere traumatische Trennungs- erfahrung	286
19 Einbeziehen von Angehörigen ..	287
<i>Elisabeth Schramm</i>	
19.1 Einbezug in der Anfangsphase	287
Durchbrechen interpersoneller Teufelskreise	288
Weitere Vorteile	291
19.2 Einbezug bei interpersonellen Konflikten	291
Durchführung eines IPT-Paargesprächs	291
Änderungsfördernde Strategien und Interventionen	293
19.3 Einbezug in Krisensituationen	295

20 Persönlichkeit und Übertragung im therapeutischen Prozess	296
<i>Martin Bohus und Elisabeth Schramm</i>	
20.1 Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Depression	296
Persönlichkeit und Übertragung in der interpersonellen Theorie	298
Zentrale Hypothesen der inter- personellen Schule	299
20.2 Auswirkungen auf den therapeu- tischen Prozess	302
Übertragung und Gegenübertragung	303
20.3 Bedeutung für die IPT	304
Fallbeispiel	305

IV. Training in der Interpersonellen Psychotherapie

21 Voraussetzungen, Aufgaben und Training von IPT-Therapeuten ..	313
<i>Elisabeth Schramm</i>	
21.1 Anforderungen an den IPT-Therapeuten	313
21.2 Rolle des IPT-Therapeuten	314
Erforderliche Voraussetzungen und Kompetenzen des IPT-Therapeuten ..	315
21.3 Training in IPT	315
Trainingsziele	315
Didaktisches Seminar	316
Anforderungen an Therapeuten verschiedener Therapierichtungen ...	316
Lernziele	316
Supervision	318
Hinweise aus der Prozessforschung ..	318

Sachverzeichnis	321
-----------------------	-----

I. Einführung in die Interpersonelle Psychotherapie

1 Der interpersonelle Ansatz bei depressiven Störungen

Elisabeth Schramm

1.1 Sind depressive Störungen Beziehungsstörungen?

»Regardless of what other factors may be involved, the interpersonal context affects greatly whether a person becomes depressed, the person's subjective experience while depressed, and the behavioral manifestations and resolution of the disorder.«

(Joiner et al. 1999, S. 3)

»Relationships matter – in health, disease, coping with stress, and recovering from illness. This is the rationale for interpersonal psychotherapy!«

(Ravitz und Watson 2014, S. 275)

Frau N. liegt schon seit fünf Uhr wach. Jetzt ist es schon kurz vor Acht, und sie kann sich einfach nicht überwinden aufzustehen. Sie müsste sich krankmelden, so wie letzte Woche, aber sie schafft es nicht. Man wird sich fragen, was mit ihr los ist. Ihr Mann hat das Haus bereits verlassen und die Kinder zur Schule gebracht. Er wird ärgerlich sein, wenn er hört, dass sie weder bei der Arbeit noch beim Arzt war. Es

wird Streit geben, denn er war dagegen, dass sie wieder in den Beruf einsteigt, solange die Kinder klein sind. Ihre Söhne werden um 13 Uhr nach Hause kommen und enttäuscht sein, dass nichts gekocht ist. Frau N. hat keine Energie, um ihre Arbeit und den Haushalt zu bewältigen. Sie fühlt sich niedergeschlagen, unzulänglich und wertlos. Manchmal ist ihr aber alles einfach egal, dann fühlt sie gar nichts. Vielleicht sollte sie heute doch zum Arzt gehen. Sie glaubt kaum, dass irgendjemand sie verstehen kann. Sie versteht sich ja selbst nicht mehr.

Frau N. ist an einer Depression erkrankt. Depressive Störungen müssen in ihrem interpersonellen Kontext verstanden werden, denn sie sind damit untrennbar verknüpft. Wie das Beispiel deutlich macht, beeinträchtigt die Depression zwangsläufig die **zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Rollen** des Betroffenen. Der Depressive leidet also nicht alleine, sondern sein Umfeld ist ebenso von der Depression betroffen. Umgekehrt haben Beziehungskonflikte und Schwierigkeiten, Rollenerwartungen zu entsprechen, einen entscheidenden Einfluss auf den psychi-

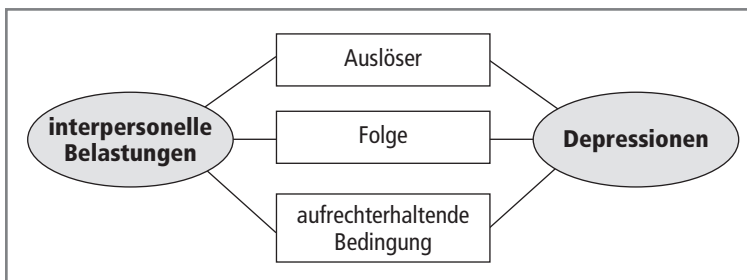


Abb. 1-1 Wechselwirkung zwischen interpersonellen Belastungen und Depressionen.

schen Zustand eines Menschen. So entstehen negative Rückkopplungen zwischen depressivem Verhalten und sozialen Interaktionen (► Abb. 1-1). Insofern ist diese Sichtweise nicht nur als interpersonell, sondern als **interaktionell** zu bezeichnen. Dabei wird von einem fundamentalen, psychobiologisch basierten Grundbedürfnis nach Bindung ausgegangen (Bowlby 1969), ebenso wie von einer zugrunde liegenden Vulnerabilität des Betroffenen für depressive Störungen.

Eines der typischsten Kennzeichen einer Depression ist der **interpersonelle Rückzug**. Depressive Menschen meiden den Kontakt mit anderen und bleiben auf diese Weise in ihren depressiven Wahrnehmungen und in ihrer eigenen negativ gefärbten Welt gefangen. Während ein **intrapyschisches Behandlungsmodell** den Fokus eben dort (in der eigenen Wahrnehmung und den inneren Prozessen eines Individuums) ansiedelt, wird bei interpersonellen Verfahren gezielt versucht, die **Verbindung zwischen dem Individuum und der Umwelt** wiederherzustellen bzw. den Patienten »aus seinem Kopf«, seiner »abgeschoteten depressiven Welt«, herauszubekommen. Der Fokus liegt dabei auf den zwischenmenschlichen Interaktionen des Patienten.

■ **Abgrenzung und Besonderheiten:** »Welche Psychotherapie ist eigentlich nicht interpersonell?«, ist eine Frage, die auf das Besondere der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) gegenüber anderen Therapieverfahren abzielt. Die Frage ist durchaus berechtigt, denn die Bedeutung der **Beziehungsperspektive** für die Entstehung und Behandlung psychischer und insbesondere depressiver Störungen wurde schon vor langer Zeit erkannt (Überblick bei Hames et al. 2013; Hammen und Smith 2014; Santini et al. 2015) und auch bei anderen Therapieverfahren in besonderem Maße

berücksichtigt, z.B. in der Systemischen Therapie oder in paartherapeutischen Ansätzen. Auch das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough 2000), ein speziell für chronisch depressive Patienten entwickeltes Verfahren, konzeptualisiert die depressive Störung unter der »Person × Umwelt«-Perspektive (► Abschn. 3.6), es wird jedoch zu den verhaltenstherapeutischen Ansätzen gezählt.

Die Frage, was an einem psychotherapeutischen Verfahren spezifisch ist, lässt sich ebenso im Hinblick auf andere kognitive oder verhaltenstherapeutische Ansätze stellen. In welcher Psychotherapie wird nicht auch auf die Gedanken, Einstellungen oder Verhaltensweisen des Klienten eingegangen? Selbst innerhalb der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren stehen bei der Behandlung verschiedener Störungen mal kognitive Aspekte (z.B. kognitive Umstrukturierung bei depressiven Störungen), mal verhaltensbezogene Aspekte (z.B. Exposition bei Zwangsstörungen) im Vordergrund.

Merke

Die IPT legt ihren Schwerpunkt des Verstehens und Behandelns psychischer Erkrankungen vor allem auf die Beziehungen des Patienten mit anderen Menschen und nicht primär auf innerpsychische Vorgänge oder Kognitionen, weil Depressionen immer in einem *zwischenmenschlichen Kontext* stattfinden. Sie betreffen nicht nur den Einzelnen, sondern sein *gesamtes Bezugssystem*. Auch zahlreiche andere Variablen (z.B. Haltungen) werden berücksichtigt.

Es werden vier **Wirkmechanismen** bei der IPT angenommen (Lipsitz und Markowitz 2013):

- soziale Unterstützung zugänglich zu machen,

- interpersonellen Stress zu vermindern,
- emotionales Verarbeiten zu begünstigen,
- interpersonelle Fertigkeiten zu verbessern.

Das Spezifische an der IPT liegt darin, dass all diese Wirkmechanismen innerhalb eines pragmatischen und affektiv besetzten Fokus auf einen interpersonellen Hauptproblem-bereich im Kontext der Depression aktiviert werden. Diese Zusammenhänge sind in (► Abb. 1-2) dargestellt.

Selbst als störungsorientierter Ansatz erwies sich die IPT als »transdiagnostisch« anwendbar, insofern als die Kernelemente der Methode (z. B. medizinisches Modell/Krankenrolle, Beziehungsanalyse [Interpersonal Inventory]; ► Abschn. 4.3) zwar zur Behandlung depressiver Patienten entwickelt wurden, sich aber auch diagnoseübergreifend bei sozialen Angststörungen, Bulimie, bipolarer Störung oder posttraumatischer Belastungsstörung als wirksam erwiesen, wenn auch in geringerem Ausmaß als bei einer Depression (Weissman et al. 2018).

- **Theoretische Vorläufer:** Wie entstand die interpersonelle Sichtweise? Sie geht auf **Harry Stack Sullivan** (1953) zurück, der sie bereits in den 30er-Jahren als neuen klinischen Blickwinkel in die Psychiatrie einbrachte. Diese neue Sichtweise führte in

den USA zur Gründung der »**interpersonellen Schule**«. Die Ursprünge dieser Denkweise sind bei dem Psychiater **Adolf Meyer** zu finden. Ihm gelang es mithilfe seines Konzepts der **Psychobiologie** (Meyer 1957), das psychosoziale und interpersonelle Umfeld des Patienten ins Blickfeld des psychiatrischen Interesses zu rücken, nachdem die Psychiatrie bis zu diesem Zeitpunkt entweder von biologischen Gesichtspunkten oder psychoanalytischen Konzeptionen bestimmt worden war. Zu den entscheidenden Beiträgen zur theoretischen Basis der IPT zählen auch die Arbeiten **John Bowlbys** über die **Bindungstheorie** (z. B. 1969, 1988). Die IPT, die vor über 40 Jahren von **Klerman und Weissman** begründet und seither stetig unter Berücksichtigung neuer Forschungsbefunde weiterentwickelt wurde, beruht zum großen Teil auf den Ideen der interpersonellen Schule. Der theoretische Hintergrund der IPT ist in Abbildung 1-3 grafisch dargestellt und wird in Abschnitt 4.1 ausführlicher beschrieben.

- **Aktueller Stand:** Es ist kritisch anzumerken, dass sich die theoretische Basis der IPT auf die o. g. Betrachtungen von Meyer, Sullivan und Bowlby beschränkt, während Arbeiten zu komplexeren Modellen der in-

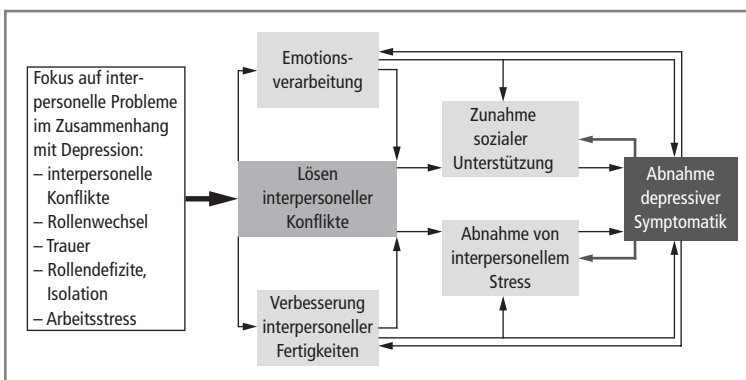


Abb. 1-2
Wirkmechanismen
bei der IPT (modifiziert
nach Lipsitz und
Markowitz 2013).

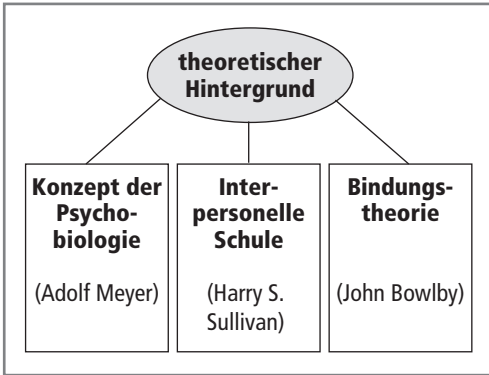


Abb. 1-3 Theoretischer Hintergrund der IPT.

teraktionellen Natur depressiver Störungen (z. B. Hames et al. 2013; Hammen und Smith 2014) im IPT-Manual (Klerman et al. 1984; Weissman et al. 2018) wenig Beachtung finden. Von Hames et al. (2013) wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die IPT zwar kompatibel ist mit der modernen interpersonellen Perspektive der Depressionsentstehung, jedoch eine **Diskontinuität** zwischen der Grundlagenforschung zu interaktionellen Aspekten der Depression einerseits und der Weiterentwicklung und Anwendung der IPT andererseits besteht.

1.2 Kurze Charakterisierung der IPT

- **Wissenschaftliche Fundierung:** Klerman et al. (1984; vgl. auch Weissman et al. 2018) betonen den **wissenschaftlichen Charakter** der Methode, denn die IPT wurde in einem Forschungskontext konzipiert. Sie entspricht dem Prototyp einer modernen evidenzbasierten Psychotherapie, da nicht nur die Effektivität des Ansatzes von Anfang an evaluiert wurde und dementprechende Weiterentwicklungen erfuhr, sondern bereits die **theoretischen und**

praktischen Grundlagen stringent aus empirischen Evidenzen verschiedener Forschungsbereiche abgeleitet wurden (Abb. 1-4; ► Abschn. 4.2).

- **Theoretische Ausrichtung:** Dass sich die IPT in ihrer gesamten Konzeption nicht einer der traditionellen Therapieschulen verschrieben hat, sondern Elemente **verschiedener Therapierichtungen** und auch selbst entwickelte spezifische Elemente aufgenommen und integriert hat, geht mit dem allgemeinen Trend zur Ablösung von rigiden, schulorientierten Vorgehensweisen hin zu evidenzbasierten, störungsorientierten Vorgehensweisen, aber auch mit neueren modularen Ansätzen einher. Es soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass das Verfahren sowohl in der Entwicklung als auch in der Durchführung pragmatisch an **empirischen Evidenzen** ausgerichtet ist und nicht etwa induktiv aus einer spezifizierten Ursprungstheorie heraus entwickelt wurde.
- **Behandlungskonzept:** Das Behandlungskonzept war ursprünglich speziell auf die ambulante **Individualtherapie akuter unipolar depressiver Episoden** zugeschnitten, wobei das häufige Bestehen komorbider Störungen berücksichtigt wurde. Neben den wesentlichen Erkenntnissen der Depressionsforschung wurden auch neue Konzepte der Depressionsdiagnostik sowie klinische Erfahrungen bei der Behandlung depressiver Patienten mit einbezogen. Dabei wird von einer entscheidenden **Wechselwirkung** zwischen dem ineffektiven Umgang mit interpersonellen Belastungen, etwa im Rahmen eines Paar Konflikts oder einer neuen sozialen Rolle, und dem Auftreten einer depressiven Episode ausgegangen (► Abb. 1-1). Hat sich die depressive Störung einmal manifestiert,

kann sie sekundär zu interpersonellem Stress beitragen, indem sich der Betroffene zurückzieht, seine sozialen Rollen nicht erfüllt und sein soziales Netzwerk – falls vorhanden – nicht zur Unterstützung und Bewältigung der Erkrankung nutzt. Die Bearbeitung dieses Zusammenhangs steht im Fokus der Therapie (► Abb. 1-4). Intrapyschische oder kognitive Aspekte der Depression spielen dabei – wie bereits erwähnt – eine untergeordnete Rolle. Allerdings wird die Bedeutung von genetischen, biochemischen, entwicklungsbezogenen oder persönlichkeitsbestimmenden Vulnerabilitätsfaktoren oder anderen Auslösern anerkannt. »The authors believe that progress will be furthered by a pluralistic, undoctinaire, and empirical approach that builds upon clinical experience and research evidence« (Klerman et al. 1984, S. 5). Somit vertreten Klerman et al. (1984) hinsichtlich der Depressionsverursachung einen multifaktoriellen Standpunkt.

- **Therapiedauer:** Die Begründer der IPT waren nicht nur hinsichtlich eines multifaktoriellen Ätiologiemodells, sondern auch im Hinblick auf die Therapiedauer ihrer

Zeit voraus, denn IPT-Therapien waren von Anfang an explizit **zeitlich begrenzt** und wurden später durch ebenfalls zeitlich beschränkte Erhaltungstherapien ergänzt. Kurzzeittherapien kamen vor 40 Jahren in der Regel (außer bei der Verhaltenstherapie) eher selten zur Anwendung. Heute tendieren Psychotherapien allgemein mit meist weniger als 25 Sitzungen zu einer deutlichen Verkürzung der Dauer im Vergleich zu früher. Diese Umstellung wurde vorwiegend aus ökonomischen Gründen vorgenommen, resultiert jedoch auch aus der Erkenntnis, dass ein großer Teil der Veränderungen bei der akuten Behandlung **unkomplizierter psychischer Störungen** in kürzerer Zeit erreicht werden kann, als man früher annahm. Denn die Hälfte aller Patienten, die sich in Psychotherapie begeben, zeigt bereits zum Zeitpunkt der achten Sitzung eine signifikante Verbesserung, 75 % nach 14 Sitzungen (Lambert 2013). Optimale Behandlungsergebnisse zeigen sich in den meisten Fällen schon nach 25 Sitzungen. Einschränkung gilt, dass bei chronischen und komplexen Störungsbildern in der Regel längere Behandlungsdauern benötigt werden.

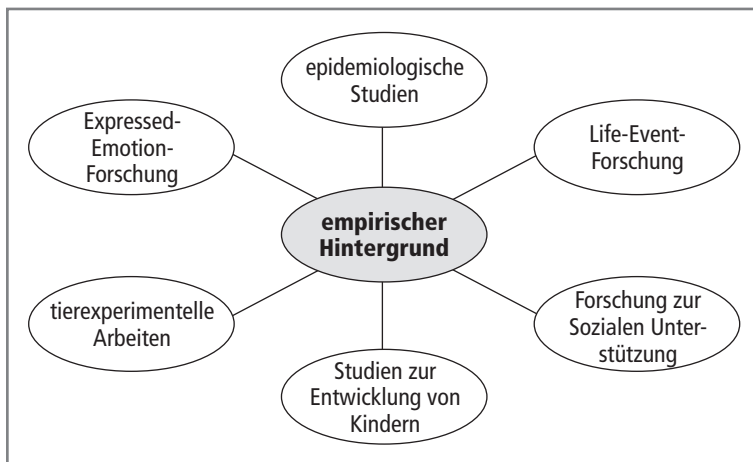


Abb. 1-4 Empirischer Hintergrund der IPT.

■ **Wirksamkeit:** Wie kaum eine andere Psychotherapieform kann die IPT auf eine jahrzehntelange Forschung zur Wirksamkeit als Depressionstherapie verweisen. Die Methode gehört zu den **am intensivsten untersuchten Depressionsbehandlungen**. Metaanalysen zur IPT (Cuijpers et al. 2011, 2016; Barth et al. 2013; Zhou et al. 2015; Pu et al. 2017) belegen, dass der Ansatz nicht nur in der Akutbehandlung, sondern

auch als Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depression **wirksam** ist. Die IPT erwies sich als effektiver im Vergleich zu Kontrollbedingungen und gleich wirksam wie eine Pharmakotherapie und wie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Eine Kombination mit Antidepressiva hat sich im Vergleich zu alleiniger IPT oder alleiniger Pharmakotherapie als effizienter gezeigt, vor allem was die Nachhaltigkeit des

Tab. 1-1 Die wichtigsten Merkmale der IPT für die Akutbehandlung depressiver Episoden.

Dauer und Frequenz	• fokussierte, zeitlich begrenzte Kurztherapie • 12–20 wöchentliche, ca. 50-minütige Einzelsitzungen
Indikation	ambulante Patienten mit akuter unipolarer Major Depression
Keine Indikation	• Patienten mit psychotischen Merkmalen und/oder komorbider Substanzabhängigkeit • Patienten mit einer Vorgeschichte von schwerer, komplexer Traumatisierung und/oder ausgeprägter Persönlichkeitsstörung • reine Dysthymie
Anwendung	• allein oder in Kombination mit antidepressiver Medikation • an einem Therapiemanual ausgerichtet
Behandlungsfokus	aktuelle zwischenmenschliche/psychosoziale Probleme oder Lebensveränderungen, die mit der depressiven Episode im Zusammenhang stehen
Behandlungsziele	• Remission der depressiven Symptome • Reduktion der interpersonellen Probleme • Aufbau bzw. Nutzen eines sozialen Netzwerks
Hintergrund	hauptsächlich auf empirischen Befunden zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beruhend wechselseitiger Zusammenhang zwischen Depression und interpersonellem Geschehen
Zuordnung	keiner bestimmten Therapieschule zugeordnet
Sichtweise der Depressionsverursachung	multifaktorielle Verursachungs- und Vulnerabilitätsfaktoren
Therapeutenrolle	aktiv, unterstützend, sich auf die Seite des Patienten stellend (Advokat)
Wirksamkeit	empirisch als wirksam belegt

Behandlungserfolges und die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit anbelangt. Die Studienlage ist in Abschnitt 4.5 zusammengefasst. Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse wird die Methode in internationalen (USA, Kanada, Australien, UK, WHO) und nationalen **Leitlinien** empfohlen (► Abschn. 2.1).

- **Flexible Anwendungen:** Die offene Einstellung der IPT-Begründer zeigt sich weiterhin in der **flexiblen, halbstrukturierten Form des Verfahrens**, die es dem erfahrenen Psychotherapeuten erlaubt, sich sowohl an den individuellen Bedürfnissen und Eigenschaften des Patienten und seiner Bereitschaft zur Veränderung zu orientieren als auch den eigenen therapeutischen Stil umzusetzen. Der IPT-Therapeut muss sich somit nicht den z. T. dogmatisch vorgeschriebenen Richtlinien einer Therapieschule unterwerfen. Die Flexibilität der Methode hat u. a. dazu geführt, dass zwischenzeitlich zahlreiche **Modifikationen der ursprünglichen Version** für andere Störungen und Settings entwickelt wurden (Weissman et al. 2018; ► Abschn. 4.5). In den letzten Jahren ist eine zunehmende Spezifizierung des Ansatzes anhand immer feiner definierter Störungsbilder erfolgt (z. B. IPT als Gruppenansatz für weibliche Inhaftierte mit komorbider Depression und Substanzmissbrauch, IPT-Kurzprogramm für depressive Mütter psychisch kranker Kinder). Die IPT ist insgesamt relativ wenig an bestimmten Techniken, sondern vielmehr an spezifischen und systematisch aufeinander abgestimmten Interventionsschritten orientiert. Sie beansprucht jedoch nicht den Status einer eigenen, in sich geschlossenen Therapieschule. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale der IPT findet sich in Tabelle 1-1.

Literatur

- Barth, J, Munder, T, Gerger, H et al. (2013): Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med* 10(5):e1001454
- Bowlby, J (1969): *Attachment and loss*. Vol 1: Attachment. Hogarth Press, London
- Bowlby, J (1988): *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge, London (dt.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie [1995]. Dexter, Heidelberg)
- Cuijpers, P, Geraedts, AS, van Oppen, P et al. (2011): Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 168: 581–592
- Cuijpers, P, Donker, T, Weissman, MM et al. (2016): Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 173: 680–687
- Hames, JL, Hagan, CR & Joiner, TE (2013): Interpersonal processes in depression. *Annu Rev Clin Psychol* 9: 355–377
- Hammen, CL & Smith, J (2014): Depression and interpersonal processes. In: Gotlib, IH & Hammen, CL (eds). *Handbook of depression*, 3rd ed. Guilford Press, New York
- Joiner, TE, Coyne, JC & Blalock, J (1999): On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. In: Joiner, T & Coyne, JC (eds). *The interactional nature of depression*. APA, Washington
- Klerman, GL, Weissman, MM, Rounsaville, BJ et al. (1984): *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
- Lambert, MJ (2013): The effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed. Wiley, New York
- Lipsitz, JD & Makowitz, JC (2013): Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clin Psychol Rev* 33(8): 1134–1147
- McCullough, JP (2000): *Treatment for chronic depression*. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. Guilford Press, New York
- Meyer, A (1957): *Psychobiology: A science of man*. Thomas, Springfield
- Pu, J, Zhou, X, Liu, L et al. (2017): Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res* 253: 226–232

- Ravitz, P & Watson, P (2014): Interpersonal psychotherapy: Healing with a relational focus. *Focus* 12(3): 275–284
- Santini, ZI, Koyanagi, A, Tyrovolas, S et al. (2015): The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord* 175: 53–65
- Sullivan, HS (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York
- Weissman, MM, Markowitz, JC & Klerman, G (2018): *The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded*. Oxford Press, New York
- Zhou, X, Hetrick, SE, Cuijpers, P et al. (2015): Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14: 207–222

2 Die Entwicklung und Verbreitung der IPT

Elisabeth Schramm und Mathias Berger

2.1 Die Entstehung der IPT in den USA

Vor 44 Jahren wurde von der Arbeitsgruppe um Klerman die erste randomisiert kontrollierte IPT-Studie publiziert (Klerman et al. 1974). Zu dieser Zeit galt Psychotherapie noch weitgehend als »unüberprüfbar«. Kliniker hatten eine starke Präferenz für entweder Pharmakotherapie oder Psychotherapie, beide Ansätze zu kombinieren, war umstritten. Welche der beiden Interventionsmethoden überlegen ist und ob bei einer Kombination positive oder negative Interaktionen auftreten, war noch unbekannt. Was als Experiment im Forschungskontext der ersten klinischen Wirksamkeitsstudie von Pharmako- und Psychotherapie begann, zunächst noch als »high contact« und später als Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bezeichnet wurde, entwickelte sich zu einem der **erfolgreichsten Psychotherapiemodelle in der Depressionsbehandlung**. IPT war zu dieser Zeit – und ist es bis heute – als interpersoneller, supportiver und betont lebensnaher Ansatz eine willkommene **Alternative** zur – laut Klerman – »sophistizierten« Vorgehensweise der Kognitiven Therapie nach Beck (1967; Beck et al. 1979), aber auch zur weniger an Alltagsproblemen orientierten psychodynamischen Therapie.

Zwischenzeitlich wurde das schulenübergreifende Modell auf der Grundlage fortgesetzter Forschung, aber auch eines wachsenden Bedarfs im Gesundheitswesen erweitert zur Behandlung depressiver Störungen über die **gesamte Lebensspanne** (von Jugendlichen

bis zu Patienten im hohem Lebensalter) und in **verschiedene Formate** (z. B. als Gruppentherapie, stationäres Programm, via Internet) eingeteilt. IPT wurde außerdem erfolgreich modifiziert für verschiedene **andere psychische Erkrankungen** wie bipolare Störungen, Essstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) sowie für **verschiedene Kulturen** (► Tab. 2-1; Überblick bei Ravitz und Watson 2014; ► Abschn. 4.5).

Während die Methode im Forschungsbereich hohe Anwendung und Anerkennung fand, blieb die entsprechende klinische Verbreitung im gleichen Ausmaße aus. Wie diese Entwicklung zu begründen ist und wie die Zukunft für die IPT aussehen könnte, wird im Folgenden ausgeführt. Zunächst wird auf die Gründungsgeschichte und Verbreitung der IPT in den USA und dann im deutschsprachigen Raum und anderen Ländern eingegangen.

- **Entstehung im Forschungskontext:** Die Entwicklung der Methode begann **im Jahr 1968** in der Region Washington-Baltimore im Rahmen einer **multizentrischen Studie** zur Rückfallprophylaxe depressiver Erkrankungen nach erfolgreicher pharmakologischer Akutbehandlung. Die Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva zur Behandlung akuter Depressionen war bereits unumstritten. Allerdings waren die optimale Dauer medikamentöser Therapie und die Rolle der Psychotherapie bei der prophylaktischen Behandlung noch unklar und Gegenstand heftiger Kontroversen, obwohl die meisten Patienten bereits damals zusätzlich irgendeine Form sup-

Tab. 2-1 Modifikationen der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) und deren Evidenzen.

Altersbereich
• IPT für ältere Patienten (IPT-Late Life) **** • IPT für Adoleszente (IPT-A) ****
Setting und Zeitdauer
• IPT als Paartherapie * • IPT im stationären Kontext *** • IPT in Gruppen **** • IPT via Internet und Telefon *** • IPT als Erhaltungstherapie **** • IPT als Kurzberatung (IPC; Interpersonal Counseling) **** • IPT in Entwicklungsländern und anderen Kulturen ****
Störungsform (affektiv und nicht affektiv)
• IPT bei postpartaler Depression **** • IPT bei Depression in der Schwangerschaft **** • IPT bei Depression und körperlicher Erkrankung **** • IPT bei Dysthymie (kein *) • IPT bei bipolarer Störung **** • IPT bei Substanzabhängigkeit (kein *) • IPT bei Essstörungen (außer Anorexie) **** • IPT bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) *** • IPT bei Angststörungen *** • IPT bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen **

4Sterne = Überlegenheit über eine Kontrollbedingung wurde durch mindestens zwei randomisiert kontrollierte Studien (RCT) belegt. **3Sterne** = Überlegenheit über eine Kontrollbedingung wurde durch mindestens eine RCT belegt. **2Sterne** = ermutigende Ergebnisse in mindestens einer offenen Studie oder Pilotstudie. **1Stern** = befindet sich in Überprüfung oder nicht überprüft. **Kein Stern** = negativer Befund (nicht wirksamer als eine Kontrollbedingung).

portiver Psychotherapie erhielten. Gerald Klerman war zu jener Zeit einer der einflussreichsten Psychiater Amerikas und so-

wohl ausgewiesener Psychopharmakologe als auch Psychotherapeut. Er gehörte zu der Generation von Psychiatern, die der Psychotherapie eine entscheidende Rolle innerhalb der Psychiatrie beimaßen. Für die oben erwähnte Studie suchte er nach einer **spezifischen Vergleichsbedingung** für die medikamentöse Behandlung. Er gab seiner Arbeitsgruppe das Manual von Becks Kognitiver Therapie (Beck 1967; Beck et al. 1979) mit den Worten: »Do something specified as this for supportive psychotherapy« (Beck 1968, zit. n. Weissman et al. 2007, S.693). Daraus entstand die später als »Interpersonelle Psychotherapie« bezeichnete Methode, die eigens für diese Multicenterstudie entwickelt wurde. Diese Untersuchung blieb für lange Zeit die einzige kontrollierte Arbeit, die sich mit der prophylaktischen Wirkung von Psychotherapie beschäftigte (Klerman et al. 1974). Es ging den Autoren bei der Entwicklung der IPT also nicht darum, eine neuartige oder besonders originelle Psychotherapieform zu entwerfen, sondern vielmehr darum, ein **strukturiertes psychologisches Therapieverfahren** zu schaffen, das sich mit einer standardisierten medikamentösen Behandlungsbedingung vergleichen ließ: »Our intent was not to develop a new psychotherapy but to describe what we believed was reasonable and current practice with depressed patients (...)« (Klerman und Weissman 1993, S. 4).

■ Entwicklung des Behandlungsmanuals:

Trotz positiver Ergebnisse der ersten Studien von der Arbeitsgruppe um Klerman wartete man eine Replikation der Resultate durch andere Arbeitsgruppen ab, bevor schließlich das **IPT-Manual** im Jahre 1984 (Klerman et al. 1984; Update: Weissman et al. 2018) publiziert wurde. Mit dem Ziel, das Verfahren zur weiteren Wirksamkeits-

überprüfung zu standardisieren, wurden darin die Konzepte, Strategien und Methoden genau beschrieben. Die Behandlungsdauer war mit der Behandlungsdauer einer Pharmakotherapie vergleichbar. Das so entstandene Behandlungsmanual (vgl. Teil II in diesem Buch) liefert eine **systematische Aufstellung von Vorgehensweisen**, die sich bei der Depressionsbehandlung als effektiv erwiesen haben (z. B. die Psychoedukation) und von denen man aus der Psychotherapieforschung weiß, dass sie für den Behandlungserfolg von Bedeutung sind (z. B. einen Behandlungsvertrag abzuschließen). Die pragmatische Auffassung der Begründer der IPT zeigt sich auch in ihrer Orientierung an der weitgehend atheoretischen diagnostischen bzw. nosologischen Einordnung der Depression nach DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; amerikanisches Klassifikationssystem; ► Abschn. 3.2). Das IPT-Manual wurde bislang in 12 Sprachen übersetzt.

- **Erste Wirksamkeitsnachweise in den USA:** Die Autoren der IPT bemühten sich von Anfang an, das Verfahren in vergleichenden klinischen Untersuchungen auf dessen **Wirksamkeit** zu überprüfen, dies auch in Abgrenzung zu den zu dieser Zeit vorherrschenden psychoanalytischen Therapien. Die ersten wissenschaftlichen Überprüfungen durch die Arbeitsgruppe von Klerman (Klerman et al. 1974; Weissman et al. 1979) bestätigten, dass diese Therapieform depressive Symptomatik reduziert, die soziale Funktionsfähigkeit verbessert und additive Effekte zur Pharmakotherapie aufweist. Nach dem gelungenen Nachweis der Effizienz der IPT bei der akuten Depressionsbehandlung wurde der Ansatz von den Autoren selbst sowie von weiteren Forschungsgruppen für andere Arten psy-

chischer Störungen weiter spezifiziert und untersucht.

Merke

Seit der ersten empirischen Evaluation des IPT-Modells im Jahre 1974 in den USA wurden weltweit über 600 wissenschaftliche Artikel publiziert und über 150 randomisiert kontrollierte Studien zur IPT durchgeführt, die in Metaanalysen zusammengefasst sind (Cuijpers et al. 2011, 2016; Barth et al. 2013; Zhou et al. 2015).

Thematisch befasste sich die Mehrzahl der Publikationen mit depressiven Störungen bei Erwachsenen gefolgt von Essstörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Über die Jahre hinweg vollzog sich eine Entwicklung von der Beforschung der Wirksamkeit der IPT bei spezifischen Störungen (»efficacy«) zur Versorgungsforschung (»effectiveness«) bis hin zur Anwendungs- und Verbreitungsforschung. Hier lag der Fokus auf der Identifikation von Moderatoren und Prädiktoren (Bei wem wirkt IPT?) und auf der Prozessforschung (Wie wirkt IPT?). Die Studien und Veröffentlichungen stammen aus zahlreichen Ländern und Kulturen und boten immer wieder innovative Entwicklungen. So wurde die IPT beispielsweise im Rahmen der allerersten Psychotherapiestudie in Afrika eingesetzt (Bolton et al. 2003).

- **Transfer in die Praxis:** Trotz der überzeugenden Wirksamkeitsnachweise und trotz der Empfehlung in nationalen und internationalen Leitlinien (► Tab. 2-2) hat sich die IPT in den USA im Vergleich zu anderen Methoden bisher nur relativ wenig verbreitet. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Klerman und Weissman praktizierten eher im Forschungs- als im klinischen Setting. Darüber hinaus bremste Klermans früher Tod im Jahre 1992 eine weitere Populari-

Tab. 2-2 Behandlungsleitlinien, die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) empfehlen (modifiziert nach Ravitz und Watson 2014).

Diagnose	Leitlinie
Depression	• National Institute of Clinical Excellence (NICE) • American Psychiatric Association (APA) • American Psychological Association • Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) • World Health Organization (WHO) • Royal Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines (RANZCP) • Nationale Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression (S3-Leitlinie)
Essstörungen	• APA
Bipolare Störungen	• APA • CANMAT • RANZCP

sierung, Institutionalisierung und Ausweitung der praktischen Anwendung der IPT. Die IPT wurde auch nicht als vorgeschriebener Bestandteil in die amerikanischen **Weiterbildungsprogramme zum psychiatrischen Facharzt** (Psychiatry Residency Training Program) aufgenommen. Dahingegen wurde die Kognitive Verhaltenstherapie von Anfang an mit Nachdruck institutionalisiert sowie gefördert, und auch psychodynamische Therapien hatten in den USA bereits eine lange Tradition, sodass sich diese beiden Methoden in den USA am weitesten verbreitet haben.

2.2 Die IPT im deutschsprachigen Raum und in anderen Ländern

Die praktische Anwendung sowie die Verbreitung der IPT haben in den letzten Jahren in anderen Ländern schneller zugenommen als in den USA. Besonders fortgeschritten ist die Etablierung der Methode in Großbritannien, Kanada, den Niederlanden, Australien und im stationären Bereich in Deutschland. Aber

auch in Italien, Spanien, Brasilien, Japan, Frankreich, Norwegen, Schweiz, Schweden und der Türkei wird die IPT beforscht und praktisch eingesetzt. Auch in Entwicklungsländern und anderen Kulturen (z.B. Afrika, Indien, Puerto Rico) hat der Einsatz der IPT vorwiegend als Gruppenprogramm in den letzten Jahren eine vergleichsweise rasante Entwicklung genommen.

■ **Vorgeschichte/Rahmen in Deutschland:** Die Einführung der IPT in den deutschsprachigen Ländern in den frühen 90er-Jahren stand wie in den USA im Zusammenhang mit der geplanten Durchführung eines umfassenden **Forschungsprojektes** zur Rezidivprophylaxe depressiver Erkrankungen. Die von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Vorbereitung auf diese Studie, die allerdings aus firmeninternen Gründen letztendlich nicht realisiert wurde, beinhaltete ein mehrtägiges Training von IPT-Therapeuten an zehn Universitätskliniken. Die erste Publikation des **deutschsprachigen Manuals** (Schramm 1996) und die Gründung der Arbeitsgemeinschaft IPT

im Jahre 1996, aus der später die Deutsche Gesellschaft für IPT (DGIPT) entstand, lösten ein breites Interesse an der IPT in den deutschsprachigen Ländern aus. Dementsprechend ließen sich zahlreiche ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie stationär arbeitende Behandlungsteams in IPT trainieren (nähere Angaben zum IPT-Training ► Kap. 21), wobei die Anzahl an Kollegen aus dem Bereich der **stationären Patientenversorgung** die Zahl der niedergelassenen Kollegen übertraf. Dies hängt damit zusammen, dass in den 90er-Jahren zunehmend »**Depressionsstationen**« etabliert wurden, für die das IPT-Konzept äußerst geeignet schien. Eine solche »Schwerpunktstation IPT« wurde modellhaft zunächst an der Freiburger Universitätsklinik implementiert und systematisch evaluiert (► Kap. 15).

Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Interpersonelle Psychotherapie seit 1996

- Gründung der Arbeitsgemeinschaft IPT im Jahre 1996 in Freiburg
 - Publikation des ersten deutschsprachigen Manuals (1996)
 - Verbreitung der IPT (Vorträge, Kurse, wissenschaftliche Publikationen, Übersichtsartikel, Buchbeiträge und Bücher)
 - Entwicklung eines Weiterbildungs-Curriculums (Zertifizierung) für deutschsprachige Länder
 - Aufbau von Depressionsstationen mit IPT-Konzepten
 - Etablierung eines German Chapter bei der International Society of IPT (ISIPT)
 - Durchführung empirischer Studien
 - Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006)
 - Leitung der Arbeitsgruppe IPT im Rahmen des Fachreferats Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
 - Empfehlung in nationalen Leitlinien, Aufnahme in Integrierte Versorgungsverträge einzelner Krankenversicherungen
 - Gründung der Deutschen Gesellschaft für IPT (DGIPT; 2015 Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) auf Anerkennung der IPT als Methode
- **Erste Wirksamkeitsnachweise in Deutschland:** Stationäre IPT-Konzepte wurden in Deutschland parallel zu ihrer Entwicklung **systematisch evaluiert** (Schramm et al. 2004, 2007; zusammengefasst in Kapitel 15). Weitere deutschsprachige Studien zur externen Qualitätssicherung in der Depressionstherapie zeigten, dass die IPT zu den **am häufigsten** in der stationären Behandlung eingesetzten psychotherapeutischen Verfahren gehört (Härter und Bermejo 2006). Einige sog. Effectiveness-Studien (z. B. Schramm et al. 2004; Bodenmann et al. 2008; Peeters et al. 2013; Lemmens et al. 2015, 2018; Ekeblad et al. 2016; Saloheimo et al. 2016), aber auch die klinische Erfahrung weisen auf den kurz- und langfristigen Nutzen der IPT auch für mit Depression komorbide Störungsbilder hin.
- **Training in IPT:** Inzwischen liegt in Deutschland und in anderen Ländern ein **Curriculum** für eine Zertifizierung in IPT vor (s. u.). Die Zertifizierungskriterien können allerdings je nach landesüblichen Standards unterschiedlich sein. Das **Trainingsprogramm** ist angelehnt an das im Rahmen des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH-TDCRP) entwickelte Konzept (detailliertere Angaben zum Training ► Kap. 21). Ein deutlicher Vorteil der IPT im Vergleich zu anderen Methoden (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie [KVT]) besteht darin, dass die IPT relativ leicht zu erlernen und die erfolg-

reiche Durchführung bei entsprechendem Training auch durch weniger erfahrene Therapeuten möglich ist (s. auch Schramm et al. 2004, 2007).

Curriculum der Deutschen Gesellschaft für IPT (DGIPT)

Voraussetzungen für eine Zertifizierung in IPT (basierend auf den Vorgaben der International Society of Interpersonal Psychotherapy [ISIPT]):

- I. abgeschlossene (oder nahezu abgeschlossene) Psychotherapieausbildung
- II. Grundkenntnisse in der Behandlung depressiver Erkrankungen
- III. 24 Unterrichtseinheiten didaktische Einführung, Demonstrationen und Übungen in dem Verfahren der IPT
- IV. mindestens 10 Unterrichtseinheiten video- oder audiogestützte Supervision von mindestens zwei depressiven Patienten durch einen IPT-Supervisor. Die Fälle sollten aus zwei verschiedenen Problembereichen stammen
- V. Erfüllen der formalen Adhärenz-Kriterien bei einer Fallsupervision

- **Wissenschaftliche Anerkennung und Kosten-erstattung:** Trotz der zahlreichen Vorzüge konnte sich die IPT im deutschsprachigen Bereich nur im stationären Setting gut verbreiten, während sie in der ambulanten Praxis bisher noch wenig Anwendung findet. Dies liegt weder an mangelndem Interesse der Kliniker oder Patienten noch an der Brauchbarkeit und Wirksamkeit im ambulanten Rahmen (Cuijpers et al. 2011, 2016), sondern an der bisher berufspolitisch bedingten Verhinderung des Ansatzes als anerkannte und erstattungsfähige Methode im Richtlinienverfahren. Bereits im Jahr 2006 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie auf der Grundlage zahlreicher Wirksamkeitsnachweise die Relevanz der Methode für die Depres-

sionsbehandlung in einem Gutachten anerkannt. Im Jahr 2010 hat sich vor diesem Hintergrund eine Arbeitsgruppe der im Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) mit der ambulanten Psychotherapie befassten Unterausschüsse mit der Frage beschäftigt, ob die Grundlagen für eine Methodenprüfung der IPT gegeben sind. Ein Antrag zur Überprüfung der IPT auf Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die vertragsärztliche Versorgung wurde von den Antragsberechtigten beim GB-A jedoch aufgrund anderer Prioritäten bei der Methodenprüfung bisher noch nicht gestellt. Als evidenzbasierte Methode ist die IPT jedoch in Direktverträgen mit den größten Krankenkassen erstattungsfähig.

2.3 Ausblick

Die IPT kann als Prototyp evidenzbasierter Psychotherapie bezeichnet werden, insofern als nicht nur die Wirksamkeit des Ansatzes empirisch belegt ist, sondern auch die zugrunde liegende theoretische Basis. Sie ist eine Methode erster Wahl zur psychotherapeutischen Behandlung unipolarer Depressionen und wird in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen. Dennoch wird sie in Deutschland im ambulanten Setting bisher nur selten eingesetzt.

Das ist ein nur durch erfolgreichen Lobbyismus der Vertreter anderer Therapierichtungen und strukturelle Grundprobleme zu erklären. Für eine flexiblere und dennoch qualifizierte Versorgung depressiv Erkrankter wäre es außerdem sinnvoll, dass auch Berufsgruppen mit Expertise im neuropsychiatrischen Fachbereich die Ermächtigung für die Anwendung einer effektiven Methode ohne eine vollständige Psychotherapieausbildung in einem Richtlinienverfahren erhalten könn-

ten. Die IPT bietet sich dafür durch die einfache Erlernbarkeit besonders an. Die Anerkennung einer sehr gut evaluierten Methode wie der IPT könnte die bekannten Versorgungsdefizite und die Effizienz in der ambulanten Betreuung depressiver Patienten erheblich verbessern. So erhalten nach Expertenbefragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nur etwa 10 % der depressiven Patienten in der Akutphase eine Psychotherapie. Zunehmend mehr Patienten, v. a. in ländlichen Regionen oder mit schweren Störungen, finden keinen Therapieplatz innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Eine Novelle bei der Bewertung und Aufnahme von effizienten Psychotherapieverfahren wie der IPT durch den GB-A in die Regelversorgung ist überfällig (Dannegger und Schramm 2016).

Literatur

- Barth, J, Munder, T, Gerger, H et al. (2013): Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med* 10(5):e1001454
- Beck, AT (1967): *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row, New York
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF et al. (1979): *Kognitive Therapie der Depression*. Psychologie Verlags Union, München
- Bodenmann, G, Plancherel, B, Beach, SR et al. (2008): Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 76(6): 944–954
- Bolton, P, Bass, J, Neugebauer, R et al. (2003): Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 289: 3117–3124
- Cuijpers, P, Geraedts, AS, van Oppen, P et al. (2011): Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 168: 581–592
- Cuijpers, P, Donker, T, Weissman, MM et al. (2016): Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 173: 680–687
- Dannegger, E & Schramm, E (2016): Interpersonelle Psychotherapie – Teil 2. Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern. *Neurotransmitter* 27(4): 29–32
- Ekeblad, A, Falkenström, F, Andersson, G et al. (2016): Randomized trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder in a community-based psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety* 33: 1090–1098
- Härter, M & Bermejo, I (2006): Leitlinien: Entwicklungsstand und Umsetzung von Depressionsleitlinien in Deutschland. In: Stoppe, G, Bramesfeld, A & Schwartz, FW (Hrsg). *Volkskrankheit Depression? Springer*, Berlin, S. 387–404
- Klerman, GL, Di Mascio, A, Weissman, MM et al. (1974): Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 131: 186–191
- Klerman, GL & Weissman, MM (eds) (1993): *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, S. 353–378
- Klerman, GL, Weissman, MM, Rounsaville, BJ et al. (1984): *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
- Lemmens, LH, Arntz, A, Peeters, F et al. (2015): Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med* 45(10): 2095–2110
- Lemmens, LHJM, van Bronswijk, SC, Peeters, F et al. (2018): Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med* 24: 1–9
- Peeters, F, Huibers, M, Roelofs, J et al. (2013): The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *J Affect Disord* 145(3): 349–355
- Ravitz, P & Watson, P (2014): Interpersonal psychotherapy: Healing with a relational focus. *Focus* 12: 274–284
- Saloheimo, HP, Markowitz, J, Saloheimo, TH et al. (2016): Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. *BMC Psychiatry* 16: 131
- Schramm, E (1996): *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Schattauer, Stuttgart
- Schramm, E, van Calker, D, & Berger, M (2004): *Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressions-*

- behandlung – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychother Psycho som Med Psychol* 54: 65–72
- Schramm, E, van Calker, D, Dykieriek, P et al. (2007): An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 164: 768–777
- Weissman, MM, Prusoff, BA, DiMascio, A et al. (1979): The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 136: 555–558
- Weissman, MM, Markowitz, JC & Klerman, GL (2007): Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. Oxford University Press, New York
- Weissman, MM, Markowitz, JC & Klerman, G (2018): The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded. Oxford University Press, New York
- Zhou, X, Hetrick, SE, Cuijpers, P et al. (2015): Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14: 207–222