

14 Interpersonelle Psychotherapie 2.0 – Wo stehen wir, wo wollen wir hin?

Elisabeth Schramm, Freiburg

APL-Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Zentrum für Psychische Erkrankungen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Hauptstr. 5

79104 Freiburg

Informationen zum Autor

Elisabeth Schramm ist im Juli 1990 mit Professor Berger vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim an die Uniklinik Freiburg gewechselt, wo sie bis heute als Klinische Psychologin, Wissenschaftlerin und psychotherapeutische Supervisorin arbeitet und die Sektionsleitung „Psychotherapieforschung in der Psychiatrie“ innehat. Sie habilitierte im Jahr 2007 im Fach Experimentelle Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg mit dem Thema „Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung“. Die Interpersonellen Psychotherapie (IPT) erlernte sie im Rahmen eines DFG-geförderten Auslandsaufenthalts in Pittsburgh, PA im Jahr 1993-94. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Psychotherapie-Outcome und - Prozessforschung im Bereich affektiver sowie Angst- und Persönlichkeitsstörungen und natur- und tiergestützte Therapie.

Die Erforschung und Einführung sowie der Einsatz störungsspezifischer Psychotherapien in der stationären und ambulanten klinischen Versorgung hatten von Beginn an durch die Initiative von M. Berger eine herausragende Bedeutung an der Freiburger Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die IPT gehörte dabei zu den Pionieren dieser Entwicklung.

14.1 Einführung

Relationships matter—in health, disease, coping with stress, and recovering from illness. This is the rationale for interpersonal psychotherapy... Ravitz & Watson, 2014, S. 275

Die IPT gehört zu den am besten untersuchten und evidenzbasierten Methoden in der Depressionsbehandlung (Cuijpers et al, 2011). Sie wurde vor über 4 Jahrzehnten von dem amerikanischen Psychiater Gerald Klerman und seinen Kollegen (Klerman et al. 1984; Neubearbeitung: Weissman et al. 2007; dt. Manual: Schramm 2010) ursprünglich speziell zur ambulanten Therapie unipolar-depressiver Episoden entwickelt. Vor exakt 42 Jahren wurde von dieser Arbeitsgruppe 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 „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, aber auch zur wenig an Alltagsproblemen orientierten psychodynamischen Therapie.

Basierend auf dem medizinischen Modell wurde Depression im Rahmen der IPT als diagnostizierbare und behandelbare psychiatrische Erkrankung betrachtet, deren psychotherapeutische Behandlung auf empirisch abgeleiteten, depressionsbezogenen interpersonellen Faktoren beruhen sollte (Klerman et al. 1984). Die ersten wissenschaftlichen Überprüfungen um die Arbeitsgruppe von Klerman bestätigten, dass diese Therapieform depressive Symptomatik reduziert, die soziale Funktionsfähigkeit verbessert und additive Effekte zur Pharmakotherapie aufweist (Klerman et al. 1974; Weissman et al. 1979).

Zwischenzeitlich wurde das schulenübergreifende Modell auf der Grundlage fortgesetzter Forschung, aber auch einem wachsenden Bedarf im Gesundheitswesen, erweitert zur Behandlung depressiver Störungen über die gesamte Lebensspanne (von jugendlichen bis zu Patienten im hohem Lebensalter) und in verschiedenen Formaten (als Gruppentherapie, stationäres Programm, via Internet, etc.). IPT wurde außerdem erfolgreich modifiziert für verschiedene andere psychische Erkrankungen wie bipolare Störungen, Essstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) sowie für verschiedene Kulturen (s. Tab. 14.1; Überblick bei Ravitz und Watson 2014). 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.

Tab. 14.3 IPT Modifikationen und Erweiterungen	
Altersbereich	<ul style="list-style-type: none"> • IPT für ältere Patienten (IPT-Late Life) • IPT für Adoleszente
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • IPT als Paartherapie • IPT im stationären Kontext • IPT in Gruppen • IPT via Internet • IPT als Erhaltungstherapie • IPT in Entwicklungsländern
Störung	<ul style="list-style-type: none"> • IPT bei postpartaler Depression • IPT bei Essstörungen • IPT bei PTSD • IPT bei bipolarer Störung • IPT bei Dysthymie • IPT bei Sozialer Phobie

14.1.1 42 Jahre IPT – ein Blick zurück

Seit der ersten empirischen Überprüfung des IPT Modells im Jahre 1975 wurden über 120 randomisiert-kontrollierte Studien zur IPT durchgeführt, etwa 600 wissenschaftliche Artikel wurden publiziert, die meisten zwischen dem Jahr 2005 und 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) hin zur Anwendungs- und Verbreitungsforschung mit Fokus auf der Identifikation von Moderatoren und Prädiktoren (Bei wem wirkt IPT?) bis hin zur 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). Insgesamt wurde das IPT-Manual bisher in 12 Sprachen übersetzt. Auf der Basis dieser zahlreichen Studien (Cuijpers et al. 2011) wird die IPT in nationalen und internationalen Leitlinien, u.a. auch von der WHO empfohlen (s. Tab. 14.2). Im Rahmen vermehrten klinischen Interesses an dem Verfahren wurden eine internationale Organisation (International Society of Interpersonal Psychotherapy) und im deutschsprachigen Bereich die Deutsche Gesellschaft für IPT (DGIPT) gegründet.

Tab. 14.2 Consensus-Leitlinien, die IPT empfehlen (modif. nach Ravitz & Watson, 2014)	
Diagnose	Leitlinie
Depression	National Institute of Clinical Excellence (NICE) American Psychiatric Association (APA) 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

Gehen wir zurück zu den Anfängen: Trotz positiver Ergebnisse der ersten Studien von Klerman, Weissman und Kollegen wartete man eine Replikation der Resultate durch andere Arbeitsgruppen ab, bevor schließlich das IPT-Manual im Jahre 1984 (Klerman et al. 1984) publiziert wurde. Eine der umfassendsten Replikationen wurde im Rahmen der bekannten NIMH Studie (Treatment of Depression Collaborative Research Program/TDCPR) an 250 depressiven Patienten durchgeführt, bei der die IPT erstmals im direkten Vergleich mit einer anderen Psychotherapiemethode, der KVT, stand. Die Ergebnisse sorgten für Überraschungen, insofern als dass die damals weitaus bekanntere und favorisierte KVT in mehreren Aspekten hinter der IPT zurück blieb. Denn für die Gruppe von Patienten mit schwerer Depression erwiesen sich nur die IPT und Imipramin wirksamer als eine Placebo-Behandlung, während die KVT weder besser als das Medikamentenplacebo noch signifikant schlechter als Imipramin oder IPT abschnitt (Elkin et al. 1989). Die NIMH-TDCPR Studie mit ihren zahlreichen Analysen verhalf der IPT zum Durchbruch, was die Bekanntheit des Ansatzes anbelangte. Die klinische Verbreitung verlief dennoch verhalten, was u.a. damit

begründet werden kann, dass Klerman und Weissman eher im Forschungs- als im klinischen Setting zu Hause waren und darüber hinaus Klermans früher Tod im Jahre 1992 eine weitere Popularisierung und Ausweitung der praktischen Anwendung bremste. Dahingegen wuchs der Einsatz des Verfahrens innerhalb der Forschung weiterhin ungebrochen. Im letzten Jahrzehnt ist vor allem in den USA der reduzierte Einsatz von Psychotherapie in der Praxis zu beklagen (Weissman 2013). Trotz der Initiative des WHO Mental Health Action Plan (WHO 2013), evidenzbasierte Kurzzeittherapien in ihr Portfolio aufzunehmen, ist Psychotherapie als erstattungsfähige Leistung in vielen hochentwickelten Ländern zunehmend weniger zugänglich bzw. wird durch alleinige Pharmakotherapie ersetzt, während psychotherapeutische Konzepte in Entwicklungsländern mit großem Enthusiasmus implementiert werden (zus.fassend bei Weissman 2013).

14.2 Warum IPT?

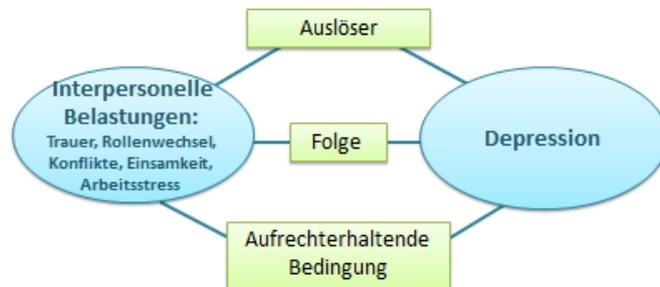
Es gibt zahlreiche Gründe für Patienten und Therapeuten sich für die IPT als Behandlungsalternative zu entscheiden, die im Folgenden ausgeführt werden.

1) Wirksamkeit: Eine Meta-Analyse zur IPT (Cuijpers et al. 2011) belegt, dass der Ansatz geeignet und wirksam ist für die Akutbehandlung und für die Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depression über die gesamte Lebensspanne vom jugendlichen Depressiven bis zur Altersdepression. IPT erwies sich wirksamer im Vergleich zu Kontrollbedingungen, bei Major Depression gleichwirksam wie Pharmakotherapie und wie die KVT. Eine Kombination mit Antidepressiva hat sich als effizienter gezeigt denn alleinige IPT oder alleinige Pharmakotherapie, vor allem auch was die Nachhaltigkeit von Behandlungserfolg und die Verbesserung der sozialen Anpassung anbelangt (Cuijpers et al. 2011). Auch die Medikamentencompliance wird positiv beeinflusst und Absetzeffekte der Medikation können abgemildert werden. In weiteren Meta-Analysen, welche die Wirksamkeit verschiedener psychologischer Depressionstherapien miteinander verglichen haben (Cuijpers et al. 2008; Barth et al. 2013), schnitt die IPT im Allgemeinen ebenbürtig mit den anderen Verfahren (KVT, Behaviorale Aktivierung, Problemlösetherapie, Psychodynamische Therapie, Soziales Kompetenztraining, Supportive Therapie) ab, zeigte aber im Speziellen verschiedene Vorteile gegenüber den anderen Ansätzen. Beispielsweise war der einzige signifikante Unterschied zwischen den untersuchten Bedingungen in der Netzwerk-Analyse von Barth et al. (2013), dass sich die IPT als wirksamer erwies im Vergleich zu Supportiver Therapie und in einigen Studien auch geringere Dropout Raten erzeugte.

2) Plausibilität: Neben der überzeugenden Evidenz liegt ein Hauptvorteil von IPT gegenüber anderen Interventionen (z.B. KVT, psychodynamische Therapie) darin, dass das Rationale (s. Abb. 14.1) durch den betont lebensnahen Bezug für Patienten und deren Angehörige einfach nachzuvollziehen ist und eine hohe Plausibilität beinhaltet. Die vier bzw. fünf Foki interpersonelle Konflikte, schwierige Rollenwechsel, Trauer, Einsamkeit/soziale Defizite sowie Arbeitsstress beziehen sich auf Lebensbereiche, die der Patient je nach Problemkonstellation unmittelbar als belastend und in entscheidender Weise zur Depression beitragend erlebt.



Abb. 14.1 Rationale der IPT: Wechselseitige Beziehung zwischen interpersonellen Belastungen und Depression



3) Behandlungsphasen: Die IPT ist als schulübergreifendes, störungsspezifisches Verfahren bezüglich ihrer therapeutischen Aufgaben am üblichen Verlauf akut depressiver Episoden orientiert, was heißt den Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten im jeweiligen Erkrankungsstadium entgegenzukommen. Beispiele hierfür sind die gezielte Entlastung des symptomgestressten Patienten in der initialen Phase durch die Vermittlung der Krankenrolle (s. Tab. 14.3), das zunächst klärungs- dann problemlösende Vorgehen bei der Fokusbearbeitung in der mittleren Phase und der emotional thematisierte Abschied in der Abschlussphase. In verhaltensorientierten Therapien dagegen ist das Vorgehen von Anfang an bewältigungsorientiert, in psychodynamischen Therapie eher durchgehend klärend.

Die Phasenorientierung der IPT erleichtert zudem die Kooperation mit anderen Vor- oder Nachbehandlern. So könnte bei Beginn einer IPT in einer Klinik der dort identifizierte Fokus ambulant umfassender und auf den Alltag des Patienten bezogen und damit wirkungsvoller weiter bearbeitet werden.

Tab. 14.3 Therapeutische Aufgaben in den Behandlungsphasen der IPT
Initiale Phase (Sitzung 1-3)
<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Krankenrolle • Hoffungsvermittlung • Symptommanagement • Beziehungsanalyse • Behandlungsvertrag
Mittlere Phase (Sitzung 4-13)

Tab. 14.3 Therapeutische Aufgaben in den Behandlungsphasen der IPT
<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung der interpersonellen Belastungen, die mit der Depression in Zusammenhang stehen (Trauer, interpersonelle Konflikte, Rollenwechsel, Einsamkeit/soziale Defizite, Arbeitsstress)
<p>Beendigungs- und Erhaltungsphase (Sitzung 13-26)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Abschiedsprozess • Stärkung der Autonomie • Vorbereitung auf das Therapieende und die Zeit danach

4) Zeitliche Begrenzung: Ein weiterer Vorteil der IPT liegt in ihrer Fokussierung und dem halbstrukturierten, zeitlich begrenzten Format, das sie vor allem auch für stationäre und teilstationäre Settings geeignet macht. Für akut depressive Patienten bietet die zeitliche Begrenzung einen realistischen und überschaubaren Zeitrahmen mit Zielen, die in diesem Zeitraum zu erreichen sind. Akut depressive Patienten sind durch die Aussicht üblicherweise entlastet.

5) Flexibilität: Im Vergleich zu anderen Ansätzen hat sich die IPT in besonderem Maße durch hohe Flexibilität ausgezeichnet. Dies bezieht sich auf die Anwendbarkeit durch verschiedene Berufsgruppen, aber auch auf zahlreiche Modifikationen (s. Tab. 14.1). Ein offenes Format bietet die IPT auch bezüglich der möglichen Erweiterung der vier Foki. Auf der Grundlage empirischer Befunde wurde in Freiburg ein fünfter Fokus „Arbeitsstress“ entwickelt und überprüft (s. 14.3.1).

6) Einfache Erlernbarkeit: Durch die Beschreibung der therapeutischen Vorgehensweise in einem Manual sowie durch das halbstrukturierte, flexible Format, das strategiegebunden und dabei wenig technikorientiert definiert ist, lässt sich die IPT relativ einfach und schnell erlernen, ist wenig fehleranfällig und somit auch für andere Berufsgruppen gut anwendbar. Eine besondere Erleichterung, das Modell kompakt und mit geringem Zeitaufwand zu erlernen, stellt das in Freiburg in der Arbeitsgruppe um Berger erstellte Webinarkonzept dar (s. bei 14.3.1).

7) Möglichkeit modularer Anwendung: Die IPT lässt sich einfach in das modulare Prinzip einbetten, da sie bereits in Modulen aufgebaut ist. Derzeit erfahren störungsspezifische Ansätze einen Wandel in Richtung eines modularen Organisationsprinzips. Dieses Prinzip bietet angesichts der überwiegenden Anzahl komorbid gestörter Patienten eine höhere Flexibilität, individuell auf damit verbundene spezifische Merkmale (z.B. frühe Beziehungstraumatisierungen) und transdiagnostische auf dysfunktionale Mechanismen (z.B. Hypersensitivität für sozialen Stress, mangelnde Emotionsregulation, mangelnde Empathie) einzugehen. Ein modulares Gruppenprogramm bietet sich besonders auch im stationären Setting an, wenn beispielsweise mangels Kapazitäten oder auch mangels einer ausreichend hohen Anzahl episodisch depressiver Patienten auf einer Station eine homogene Durchführung des IPT-Programmes nicht möglich ist. Im Abschnitt 14.3.1 wird ein interpersonelles Modulprogramm vorgestellt, welches Elemente der IPT, des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) und von Beziehungsachtsamkeit beinhaltet.

14.3 Entwicklung der IPT im deutschsprachigen Raum

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 allerdings weder an mangelndem Interesse der Kliniker oder Patienten, noch an der Brauchbarkeit und Wirksamkeit im ambulanten Rahmen (s. Cuijpers et al. 2011), sondern an der bisher berufspolitisch bedingten Verhinderung des Ansatzes als anerkannte und erstattungsfähige Methode im Richtlinienverfahren.

Bereits 1995 wurde an der Freiburger Uniklinik der Arbeitskreis IPT unter großer Anteilnahme zahlreicher engagierter Kollegen und Kolleginnen im deutschsprachigen Bereich gegründet. Das erste deutsche Behandlungsmanual folgte kurz darauf 1996 und liegt heute in der 3. Auflage (Schramm 2010) für die Einzeltherapie und das Gruppenformat vor. Ein Weiterbildungscurriculum lehnte sich an die Vorgaben der Trainings-Curricula hochqualitativer Studien (z.B. NIMH-TDCRP) an, was neben 24 didaktischen Einheiten 2 supervidierte Fälle beinhaltet.

Es entstanden in Deutschland und der Schweiz zahlreiche Depressionsstationen, die das IPT Konzept zugrunde legten. Als stationäres Behandlungsprogramm wurde der Ansatz in einer randomisiert-kontrollierten Studie bezüglich der akuten sowie langfristigen Wirksamkeit und Wirkweise von der Freiburger Arbeitsgruppe erforscht (Schramm et al. 2007, 2011; Zobel et al. 2011; Kech et al. 2008). Auf der Grundlage zahlreicher Wirksamkeitsnachweise hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die Relevanz der Methode für die Depressionsbehandlung bereits im Jahr 2006 in einem Gutachten anerkannt. Im Jahr 2010 hat sich auf diesem Hintergrund eine Arbeitsgruppe der im Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) mit der ambulanten Psychotherapie befassten Bänke mit der Frage befasst, 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.

14.3.1 Neue Entwicklungen und Anwendungsbereiche

Gerade im deutschsprachigen Raum entwickelten sich seit der Einführung der IPT im Jahre 1993 Möglichkeiten neuer Einsatzbereiche für die IPT, die in anderen Ländern aufgrund unterschiedlicher Gesundheitsversorgungssysteme weniger Relevanz aufwiesen. Ein Beispiel hierfür ist die Anwendung der IPT in der stationären und teilstationären Behandlung, aus der heraus sich modulare Konzepte sowie die Konzeptualisierung eines fünften Fokus „Arbeitsstress“ entwickelt haben.

Entwicklung des fünften Fokus „Arbeitsstress“:

Depressive Störungen sind hochprävalent am Arbeitsplatz, jede 10. weibliche Arbeitnehmerin und jeder 20. männliche Arbeitnehmer erfüllt die Kriterien für eine klinische Depression (Bundes-Gesundheitssurvey: Überblick bei Berger et al. 2012). Das Thema Burnout hat vor dem Hintergrund des drastischen Wandels der Arbeitswelt in den letzten Jahren in Deutschland ein immenses mediales Interesse erfahren auch im Zusammenhang damit, dass die Fehlzeiten am Arbeitsplatz in den letzten 10 Jahren im Rahmen angegebener subjektiver Erschöpfung und psychischer Belastung um 80% zugenommen haben (Überblick bei Berger et al. 2012). Arbeitsbezogene Belastungen zählen aus Sicht der Betroffenen zu den häufigsten Auslösern depressiver Störungen (s. zus.f. Schramm und Berger 2013), wie wir auch in einer eigenen Studie bestätigen konnten (Schneider et al. 2007). Dabei stehen psychosoziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz,

wie interpersonelle Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, ein negatives Arbeitsklima mit geringer sozialer Unterstützung und mangelnder Gratifikation, Rollenkonflikte und Rollenüberlastung im Vordergrund (s. zus.f. Schramm und Berger 2013). Angesichts der Häufigkeit und Relevanz von arbeitsstressbezogenen Depressionen haben spezifische Behandlungsangebote in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit erfahren. Ein aktuelles Cochrane Review (Nieuwenhuijsen et al. 2014) zeigt, dass arbeitsgerichtete Interventionen als Zusatz zu einer klinischen Intervention die Anzahl von Krankheitstagen im Vergleich zu einer rein klinischen Intervention deutlich reduzieren konnten. Die Autoren resümierten einen dringenden Bedarf, spezifische arbeitsbezogene Therapien zu konzipieren und zu evaluieren.

Für die Behandlung arbeitsstressbezogener Depressionen wurde – ausgehend vom Vulnerabilität-Stress-Modell und der Tatsache, dass Arbeit üblicherweise in einem interpersonellen Kontext stattfindet – von unserer Arbeitsgruppe ein zusätzlicher IPT-Problemfokus Arbeitsstress und Burnout-Erleben konzipiert (Schramm und Berger 2013). Dieser bezieht sich auf die Bearbeitung von Rollenstress und Konflikten am Arbeitsplatz sowie auf die Reduzierung äußerer stressbehafteter Arbeitsbedingungen. Das primäre Behandlungsziel bei diesem Fokus ist das Herstellen einer Balance von Leistungs- und sozialen Werten sowie eine Entlastung bzw. Bewältigung von arbeitsbezogenen Stressoren durch:

- Rollen- und Konfliktklämung am Arbeitsplatz,
- Erkennen inter- und intrapersoneller Risikofaktoren,
- Erkennen von Handlungsspielräumen und Leitwerten im Arbeitsbereich,
- Förderung arbeitsbezogener interpersoneller Kompetenzen,
- Nutzung von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz,
- Einbeziehen organisationsbezogener Maßnahmen.

Die IPT bewährte sich zur Behandlung Arbeitsstress-bedingter depressiver Störungen bisher sowohl in der Einzeltherapie als auch im Gruppenformat als eine geeignete Methode. Eine erste Evaluation des Moduls Arbeitsstress fand im Rahmen der interpersonellen Modulgruppe hinsichtlich der Durchführbarkeit, Akzeptanz und eines Machbarkeitsnachweises statt. Dazu wurden 43 stationäre Patienten mit einer episodischen oder chronischen MDD sowie Komorbidität auf Achse I oder II nach der Klinikaufnahme sukzessive rekrutiert. Es wurden 31 Frauen und 12 Männer im Alter von 28 bis 88 Jahren ($M=58.8$ Jahre, $SD=13.1$) mit frühen interpersonellen Traumatisierungen (in 67% der Fälle) und häufigen stationären Vorbehandlungen (in 65% der Fälle) eingeschlossen. Das Programm bestehend aus Modulen der IPT, des CBASP und Beziehungsachtsamkeit (s. Tab. 14.4) beinhaltete 8 Sitzungen (2 mal wöchentlich über 90 Minuten) mit 6-8 Patienten und wurde begleitet von Einzeltherapiesitzungen und antidepressiver Standard-Pharmakotherapie. BDI-II Werte der Patienten reduzierten sich signifikant von 29.8 Punkten ($SD=10.3$) zu Beginn der Behandlung auf 11.6 ($SD=6.4$) nach dem Gruppenprogramm – ein durchschnittlicher Unterschied prä-post von 18.1 Punkten ($SD=8.3$). Bei 77.5% der Patienten zeigte sich eine Response ($BDI-II > 50\%$), 47,5% erreichten eine Remission ($BDI-II \leq 9$). Bei der überwiegenden Mehrheit (87%) verbesserte sich das soziale Funktionsniveau in signifikantem Ausmaß. Eine geringe Drop-out-Rate ($n=4$), hohe Patientenzufriedenheit (100% empfanden den Inhalt als hilfreich, 97% die Arbeitsatmosphäre als konstruktiv) und positives Feedback (97% der Patienten gab an, dass die Gruppe entscheidend zur Zustandsverbesserung bei Entlassung beigetragen hat) weisen auf eine hohe Akzeptanz der Behandlung hin. Strategien zur Emotionsregulation und emotionaler Wahrnehmung innerhalb der Module wurden von den Patienten als am nützlichsten beurteilt. Weitere randomisiert-kontrollierte Studien zur Überprüfung dieses neu konzipierten Problemfokus stehen noch aus.

Tab. 14.4 Interpersonelle Modulgruppe mit 5. Fokus Arbeitsstress

Block 1 (2 Sitzungen): Interpersonell komplementäres Verhalten zum Aufbau von zwischenmenschlichen Basisfertigkeiten

- Psychoedukation zum interpersonellen Ansatz, zu Beziehungsregulation und zum Zusammenhang mit Depressionen
- Verhandeln von interpersonellen Regeln in der Gruppe („designed alliance“)
- Aufbau interpersoneller Basisfertigkeiten (Beziehungsaufnahme und -gestaltung unter Einsatz des Kiesler Kreismodells)
- Einführung in die Beziehungsachtsamkeit und Mitgefühl

Block 2 (2 Sitzungen): Zwischenmenschliche Konfliktsituationen

- Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen (Konfliktstadien und – kernthemen erkennen und verstehen)
- Auflösen zwischenmenschlicher Konfliktsituationen (Kommunikationsanalysen, Situationsanalysen)
- Achtsames Miteinander („deep listening“)

Block 3 (2 Sitzungen): Umgang mit veränderten sozialen Rollen und Beziehungen

- Umgang mit sozialen Rollenwechseln, Lebensveränderungen und Verlusten: Akzeptanz des Verlustes durch Achtsamkeit
- Positive und negative Aspekte in Relation setzen: Was wurde verloren, erhalten, gewonnen?
- Hilfreiche Faktoren und Strategien auf dem Weg zu einer Veränderung
- Umgang mit Emotionen im Rahmen von Rollenwechseln
- Achtsame Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung

Block 4 (2 Sitzungen): Arbeitsstress / Veränderungen und Konflikte am Arbeitsplatz

- Umgang mit Arbeitsstress und Konflikten am Arbeitsplatz (Risikofaktoren erkennen, Analyse der inneren und äußeren Bedingungen und Ressourcen am Arbeitsplatz, Fördern arbeitsbezogener sozialer Kompetenzen, z.B. Um-Hilfe-bitten, erfolgreich verhandeln, Nein-Sagen, soziale Unterstützung aktivieren, sich vernetzen)
- Balance zwischen Leistungs- und Beziehungswerten (Work-Life-Balance herstellen, Regenerationsquellen entdecken, Arbeits- und persönliche Werte in Relation setzen; Balance von Anforderungen und Handlungsspielraum; Balance von Verausgabung und Gratifikation), Möglichkeiten organisationsbezogener Maßnahmen eruieren
- Strategien zur achtsamen Selbstfürsorge

Entwicklung eines IPT-Webinars:

Eine weitere Neuentwicklung bei der IPT bezieht sich auf die effiziente Vermittlung des Modells. Im Rahmen des landesgeförderten Projektes „Kompetenzzentrum Psychotherapie an den medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs“ wurde unter Leitung von M. Berger an der Freiburger Uniklinik ein Webinar zur IPT erstellt. Es umfasst zwei halbe Tage und insgesamt 8 Unterrichtseinheiten und stellt eine erste Einführung in die IPT dar. Die Webinar-Durchführung kann im Seminarraum-Setting zeitgleich an verschiedenen Standorten stattfinden, die über Videokonferenz miteinander in Kontakt stehen. Alternative Einsatzformen (z.B. Abspielen auf dem eigenen PC) sind ebenfalls möglich. Das Webinar

besteht aus aufgezeichneten Vortragseinheiten, Therapiedemonstrationsvideos, Kleingruppenübungen mit Online-Betreuung und Diskussionsrunden via Videokonferenz mit allen Zentren und dem Experten oder Fragen per email. Durch dieses flexible Format könnten verschiedene Berufsgruppen mit Kenntnissen und Erfahrung im neuropsychiatrischen Bereich (z.B. Psychiater, Nervenärzte) den Ansatz unter einem realistischen Zeitaufwand erlernen.

14.4 Zusammenfassung und Ausblick

Die IPT kann als Prototyp evidenzbasierter Psychotherapie bezeichnet werden, insofern als dass nicht nur die Wirksamkeit des Ansatzes empirisch belegt ist, sondern auch die zugrundeliegende 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 (Psychiater, Nervenärzte) die Ermächtigung für die Anwendung einer effektiven Methode ohne eine vollständige Psychotherapieausbildung in einem Richtlinienverfahren erhalten könnten. 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 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 GKV-Systems. Eine Novelle bei der Bewertung und Aufnahme von effizienten Psychotherapieverfahren wie der IPT durch den GBA in die Regelversorgung ist überfällig.

14.5 Literatur

- Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P (2013): *Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression. A Network Meta-Analysis*. PLoS Med 10(5): e1001454.
- Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, Spielman L, Ndogoni L, Weissman M (2003): *Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda*. JAMA 298:3117–3124.
- Berger M, Schneller C, Maier W (2012): *Arbeit, psychische Erkrankungen und Burnout*. Nervenarzt 11:1364–1372.
- Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A (2011): *Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis*. Am J Psychiatry 168:581–592.
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB (1989): *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments*. Arch Gen Psychiatry 46:971–982.

- Kech S, Zobel I, Dykieriek P, van Calker D, Berger M, Schramm E (2008): *Interpersonelle Psychotherapie bei stationär behandelten, depressiven Patienten. Effekte auf die soziale Anpassung und auf interpersonelle Probleme*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 37:81-8.
- Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES (1974): *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*. Am J Psychiatry 131(2):186–191.
- Klerman GL, Weissman M, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U (2014): *Interventions to improve return to work in depressed people (Review)*. The Cochrane Collaboration. Wiley & Sons, Ltd.
- Ravitz P, Watson P (2014): *Interpersonal psychotherapy: Healing with a relational focus*. Focus 12:275-284.
- Schneider D, Zobel I, Härter M, Kech S, Berger M, Schramm E (2007): *Is Interpersonal Psychotherapy more effective in women compared to men? Results of a randomized controlled study*. Psychother Psych Med 58(1):23-31.
- Schramm E (2010): *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schramm E, Berger M (2013): *Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten depressiven Erkrankungen*. Nervenarzt 84:813-822.
- Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M (2007): *An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: Acute and long-term results*. Am J Psychiatry 164:768-777.
- Schramm E, Zobel I, Dykieriek P, Kech S, Brakemeier E, Külz A, Berger M (2011): *Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study*. J Affect Disord 129:109-116.
- World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization, 2013. Available at apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.
- Weissman M, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL (1979): *The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes*. Am J Psychiatry 136:555–558.
- Weissman M, Markowitz JC, Klerman GL (2007): *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Weissman M (2013): *Psychotherapy: a paradox*. Am J Psychiatry 170:712-715.
- Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E (2011): *Long-term effects of combined Interpersonal Psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients*. Acta Psychiatr Scand 71:1-7.