

## **Interpersonelle Psychotherapie: Stand der Wirksamkeitsüberprüfung (April 2009)**

***Elisabeth Schramm***

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) gehört zu den wenigen psychologischen Verfahren, deren Wirksamkeit bei affektiven Störungen nachgewiesen wurde. Der Ansatz wurde Ende der 60ziger Jahre von Klerman und Weissman ((Klerman et al. 1984, Weissman et al., 2000; dt. Version: Schramm 1998, 2009) im Rahmen eines Forschungsprojektes entwickelt und war in seiner ursprünglichen Form speziell auf die ambulante Behandlung *akuter* unipolar depressiver Episoden zugeschnitten. Da sich die Methode in der empirischen Überprüfung als erfolgreich erwiesen hat, wurde sie in vielfältiger Weise - beispielsweise auch für nicht-affektive Störungen - modifiziert. Im Folgenden wird der derzeitige Stand der Wirksamkeitsüberprüfungen zusammengefasst.

### **Effektstärken**

Die Wirksamkeit der IPT als ambulante Behandlungsmethode konnte in mehreren Studien von hoher methodischer Qualität nachgewiesen werden (Metaanalysen: Cuijpers et al. 2008, de Mello et al. 2005, Balslev-Jorgensen et al. 1998; Reviews: z.B. Hollon et al. 2005, Grawe et al. 1994). Die Methode weist eine hohe durchschnittliche Effektstärke auf und zählt zu den wirksamsten psychologischen Depressionstherapien. In der Metaanalyse von Balslev-Jorgensen et al. (1998) werden Prä-Post-Effektstärken von  $d = 1.72$  für Psychotherapie (unter Einschluss von IPT) errechnet. Im Vergleich mit unbehandelten Kontrollbedingungen verbessern sich depressive Patienten durch IPT deutlich (52% Vorteil), während sich zu anderen aktiven Psychotherapien (Kognitive Verhaltenstherapie) bzw. zu antidepressiver Medikation nur geringe Unterschiede (10–13%) ergeben. Eine neuere Metaanalyse (de Mello et al. 2005) schloss 13 Studien zur IPT bei Depression ein und bestätigt im Wesentlichen diese früheren Berechnungen. Feijo de Mello et al. (2005) errechnen für die IPT bei der zum Behandlungsende erzielten Symptomreduktion sogar eine Überlegenheit gegenüber der KVT. Auch Cuijpers et al. (2008) berichtet einen geringen Vorteil der IPT gegenüber anderen Verfahren.

### **Akutbehandlung**

Bereits in den 70er Jahren führte die Arbeitsgruppe um Klerman und Weissman mehrere Studien durch (Klerman et al. 1974, Weissman et al. 1979), die die Überlegenheit der IPT gegenüber unspezifischer psychotherapeutischer Behandlung nachwiesen. In der allerersten

Effektivitätsüberprüfung der IPT zur akuten Depressionsbehandlung (Weissman et al., 1979) erhielten 81 depressive Patienten 16 Wochen lang entweder IPT, Amitriptylin oder eine Kombination beider Verfahren. Die Patienten der Kontrollgruppe konnten ihren Psychiater bei Bedarf kontaktieren. Die Kombinationsbedingung schnitt am besten ab und wies die wenigsten Abbrecher auf, die Kontrollbedingung am schlechtesten. Es gab keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen der IPT und der Pharmakotherapie. Beim 1-Jahres-Follow-up (Weissman et al., 1979) blieben die meisten Patienten asymptomatisch und es gab keine differenziellen Langzeiteffekte der initialen Behandlung. Patienten, die IPT mit oder ohne Medikation erhalten hatten, erreichten allerdings eine signifikant höhere soziale Leistungsfähigkeit (Weissman et al., 1981).

In der bekannten Multicenterstudie des National Institut of Mental Health (Elkin et al. 1989, Elkin 1994) erwies sich die IPT als einzige Psychotherapie sogar bei der Gruppe der schwer Depressiven (HAMD-Wert über 20) der Placebo-Behandlung als überlegen und der medikamentösen Therapie als nahezu ebenbürtig. Außerdem wies sie die niedrigste Rate von Therapieabbrüchen auf. Allerdings musste man bei der Katamnese nach 18 Monaten feststellen, dass alle untersuchten Akutbehandlungen (IPT, KVT, Imipramin, Placebo) für die meisten Patienten nicht ausreichten, um ganz zu genesen und diesen Zustand längerfristig beizubehalten (Shea et al. 1992).

In einer neueren Untersuchung (Luty et al., 2007) wurde die IPT bei 177 Patienten erneut gegen die KVT getestet, dieses Mal wiesen alle Teilnehmer schwerer ausgeprägte (MADRS über 30) oder melancholische Depressionsformen auf. Es konnten zu Behandlungsende keine Unterschiede in der Wirksamkeit beider Verfahren festgestellt werden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Bodenmann und Kollegen (2008) in einer *effectiveness*-Studie (d.h. eine unter klinischen Routinebedingungen durchgeführte Untersuchung) an 60 depressiven Patienten und deren jeweiligen Partnern. In dieser Arbeit wurden eine bewältigungsorientierte Paartherapie (VT) mit der IPT sowie mit der KVT jeweils als Individualtherapien verglichen, ohne dass bezüglich der Symptomreduktion deutliche Unterschiede beobachtet werden konnten. Allerdings verfügten die Partner der VT-Paarbedingung über verbesserten emotionalen Ausdruck (*expressed emotion*). In einer weiteren *effectiveness*-Studie einer niederländischen Arbeitsgruppe um Peeters et al. (2009) an 189 ambulanten depressiven Patienten wurden ebenfalls keine signifikanten Differenzen in den Behandlungserfolgen zwischen der IPT, der KVT und einer Pharmakotherapie-Gruppe festgemacht.

Ebenfalls in den Niederlanden führte die Arbeitsgruppe um Blom (2007) eine Studie an 193 depressiven Patienten durch, die 12-16 Wochen lang entweder pharmakotherapeutisch, mit IPT, mit der Kombination beider Verfahren oder mit IPT plus einem Placebo behandelt wurden. Im HAMD schnitten alle Methoden gleich gut ab, in der Montgomery Asperg Skala

(MADRS) war die kombinierte Behandlung lediglich der Monotherapie mit einem Antidepressivum überlegen, nicht aber der alleinigen IPT.

Bei stationär behandelten, schwerer depressiven Patienten war die IPT (in einer auf das stationäre Setting zugeschnittenen Variante) in Kombination mit antidepressiver Medikation sowohl akut als auch längerfristig einer psychiatrischen Standardbehandlung (Medikation plus supportive Arztgespräche) deutlich überlegen (Schramm et al., 2007). Nachdem erste Pilotergebnisse an 28 stationären Depressionspatienten hinsichtlich der Symptomreduktion und der interpersonellen Funktionsfähigkeit bereits ermutigend ausfielen (Schramm et al., 2004), zeigten die Resultate der randomisiert-kontrollierten Studie an 124 depressiven Patienten, dass die Kombination aus IPT und Pharmakotherapie im Vergleich zur Standardbehandlung in der akuten Behandlungsphase nicht nur zu stärkeren Symptomreduktion führt, sondern auch zu höheren Response- und Remissionsraten.

#### *Patienten im höherem Lebensalter*

In einem aktuellen Übersichtsartikel (Miller, 2008) wird die IPT als eine in Kombination mit Medikation wirksame und gerade für ältere Patienten „ideale“ Intervention beschrieben. Als Erhaltungstherapie ist sie sowohl mit als auch ohne begleitende Medikation einsetzbar.

In einer älteren randomisiert-kontrollierten Studie von Schulberg et al (1996) an 276 älteren depressiven Patienten aus der Allgemeinarztpraxis war die IPT kurz- wie auch langfristig gleichermaßen wirksam wie eine medikamentöse Behandlung und einer üblichen ärztlichen Betreuung überlegen. Die Ergebnisse wurden in einer neueren Untersuchung (van Schaik et al., 2007) an 143 primärärztlich behandelten älteren depressiven Patienten bestätigt. Die IPT erwies sich als eine von Patienten, Therapeuten und Ärzten gut akzeptierte und einer üblichen Behandlung überlegene Methode.

#### *Kinder- und Jugendliche*

In der Akutbehandlung depressiver Episoden bewährte sich der Ansatz auch bei Kindern und Jugendlichen. In der Altersgruppe der 8- bis 19-jährigen zeigte sich die IPT mit spezifischen Modifikationen (Mufson et al. 1993) als wirksamer im Vergleich zur KVT, mit Responderaten von 82% in der IPT-Bedingung und 59% in der KVT-Bedingung (Rosello et al., 1999). Signifikante Verbesserungen bei der depressiven Symptomatik, der sozialen Leistungsfähigkeit sowie der Problemlösefertigkeiten wurden auch in einer 12-wöchigen kontrollierten IPT-Studie von Mufson et al. (1999) berichtet. Eine weitere Studie der Arbeitsgruppe um Mufson (Mufson et al. 2004) konnte diese positiven Ergebnisse bestätigen und zeigen, dass IPT die depressive Symptomatik bei Jugendlichen zum Behandlungsende sowie zur Nachkontrolle verringert.

Horowitz und Kollegen (2007) verglichen in einer neueren Arbeit die Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen mit einem interpersonell-fertigkeitsorientiertem Präventivprogramm (versus keiner Intervention) bei 380 Highschool-Schülern. Beide aktiven Therapieformen waren akut effektiver als keine Behandlung, unterschieden sich aber nicht voneinander. Nach 6 Monaten waren die Effekte allerdings verschwunden.

Der Trend, die IPT für zunehmend differenziertere Subgruppen von depressiven Patienten zu testen, wurde auch in zwei offenen Studien von Miller et al. (2008) verfolgt. Bei schwangeren Jugendlichen wurde die IPT einmal als präventive Variante (N=14) und einmal bei bereits depressiven schwangeren Mädchen (N=11) eingesetzt, die allesamt aus ethnischen Minderheitsgruppen (afro-amerikanisch und Hispanos). Die Ergebnisse waren in beiden Fällen äußerst ermutigend, auch was die Durchführbarkeit und Akzeptanz der Therapie in dieser üblicherweise wenig complianten Gruppe von Patienten anbelangte.

### **Erhaltungstherapie**

Eine frühe Studie von Klerman et al (1974), die nach heutigen Maßstäben als Erhaltungstherapie (continuation) angesehen würde, verglich über einen 8-monatigen Zeitraum die Wirksamkeit von IPT mit einer Kontrollbedingung (niedrig frequenter psychotherapeutischer Kontakt) an 150 Patientinnen, die auf eine medikamentöse Behandlung angesprochen hatten. Beide Gruppen wurden in den ersten zwei Monaten medikamentös weiterbehandelt. Danach erfolgte die randomisierte Zuweisung auf die Medikations-, die Placebo-, oder die medikamentenfreie Gruppe (insges. 6 Zellen). Im Ergebnis verminderte die medikamentöse Behandlung die Rückfallrate und bei der IPT zeigte sich hauptsächlich eine Besserung im interpersonellen Bereich und der psychosozialen Anpassung. Die Kombinationsbehandlung war am effektivsten.

Der längste Untersuchungszeitraum, in dem der Effekt von IPT als Erhaltungstherapie überprüft wurde, umfasste 3 Jahre und wurde von der Pittsburgher Arbeitsgruppe um Ellen Frank (1990) beforscht. Dabei zeigten Imipramin und die Kombination von Imipramin und IPT bei rezidivierenden Depressionen einen hoch signifikanten prophylaktischen Effekt. Dieser lag bei monatlicher IPT im mittleren Bereich, war jedoch deutlich günstiger als der aus der Vorgeschichte der Erkrankung zu erwartende natürliche Verlauf. IPT war der „Clinical Management plus Placebobedingung“ außerdem signifikant überlegen. Darüber hinaus konnten Frank et al. (1991) zeigen, dass dieser Effekt in qualitativ gut durchgeführten IPT-Therapien dem der Pharmakotherapie ähnlich war. Diese wichtige Untersuchung wurde von derselben Arbeitsgruppe (Frank et al. 2007) gewissermaßen fortgeführt, um den Einfluss der Sitzungsfrequenz auf den prophylaktischen Effekt zu klären. Insgesamt wurden 233 Frauen mit rezidivierender Depression mit wöchentlichen, 14-tägigen oder monatlichen IPT-

Erhaltungssitzungen behandelt (über 2 Jahre lang oder bis zum Wiederauftreten der Depression), nachdem sie remittiert waren.

Von den Patientinnen, die mit einer IPT-Monotherapie remittierten (n=99), erlitten nur 19 (26%) der 74, die 2 Jahre lang in der Erhaltungsphase der Studie blieben, ein Wiederauftreten ihrer Depression. Bei den Patientinnen, die zur Remission zusätzliche SSRI-Behandlung benötigten (n=90), blieben 36% während der Medikationsabsetzphase remittiert. Von denjenigen erlitten 50% ein Wiederauftreten. Es zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der wiederauftretensfreien Zeit zwischen den Behandlungsuntergruppen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Erhaltungs-IPT auch mit einer Frequenz von nur einer Sitzung pro Monat eine gute prophylaktische Methode darstellt, und zwar für Frauen, die mit alleiniger IPT eine Remission erreichten. Im Gegensatz dazu erwies sich die IPT-Monotherapie bei denjenigen, die zusätzlich Pharmakotherapie benötigten als ein weniger wirksamer Ansatz.

#### *Patienten im höherem Lebensalter*

Auch bei älteren depressiven Patienten konnten die positiven Effekte der IPT auf die Erhaltung symptom- und rezidivfreier Intervalle bestätigt werden (Reynolds et al. 1999). Die IPT war wirksamer als Placebo und auch als Nortryptilin. Die Kombination von IPT und Nortryptilin erwies sich als die günstigste Erhaltungstherapie über einen dreijährigen Nachkontrollzeitraum. Die Kombinationsbehandlung führte auch dazu, dass die soziale Anpassung im familiären und beruflichen Bereich erfolgreicher verlief als unter den Monotherapien (Lenze et al. 2002). Bei depressiven Patienten ab 70 Jahren, die allerdings unter ausgeprägteren körperlichen Begleiterkrankungen litten als die zuvor untersuchte Stichprobe, schien die IPT weder mit noch ohne Medikation hilfreich zu sein (Reynolds et al. 2006). Bei Patienten mit niedrigerem kognitiven Leistungsniveau hingegen entfaltete die IPT gute protektive Effekte (Carreira et al., 2008).

### **Andere affektive Störungsformen**

#### *Chronische Depressionen*

Eher enttäuschende Ergebnisse erbrachte die Überprüfung der IPT bei dysthymen Patienten. In einer *effectiveness*-Studie von Browne et al. (2002) an 707 dysthymen Patienten wurde die IPT mit durchschnittlich 10 Sitzungen über einen Zeitraum von 6 Monaten mit Sertralin sowie mit der Kombination beider Verfahren verglichen. Zum Ende der Behandlung zeigte sich die Kombinationsbedingung der „Sertralin alleine“ Bedingung ebenbürtig und der „IPT alleine“ Bedingung signifikant überlegen. Sertralin erwies sich im Vergleich zu IPT als wirksamer. Die Response-Raten waren 60% für Sertralin, 58% für die Kombination und 47% für IPT. Zu berücksichtigen ist aber eine „Dosisungleichheit“ zwischen der Psychotherapie und

der Medikationsbedingung (10 wöchentliche IPT-Sitzungen vs 6 Monate Sertralin). Darüber hinaus wurde die IPT nicht in der für dysthyme Störungen modifizierten Form, sondern in der auf Major Depressive Episoden zugeschnittenen Originalversion eingesetzt. Ähnliche Ergebnisse erbrachte 18 Monate später die Nachuntersuchung. Allerdings nahmen im naturalistischen Nachuntersuchungszeitraum wesentlich mehr Patienten in der ursprünglichen Kombinations- bzw. Sertralin-Bedingung (63% bzw. 66%) weiterhin Sertralin ein als in der IPT-Gruppe (12%). Die Patienten, die initial mit IPT behandelt wurden (alleine oder kombiniert mit Medikation) verursachten sowohl kurz- als auch langfristig die niedrigsten Kosten durch geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und anderer sozialer Dienste. Deswegen war eine Schlussfolgerung der Autoren der Kombinationsbehandlung den Vorzug vor einer medikamentösen Monotherapie zu geben.

Allerdings gelangte man in einer neueren Arbeit von Markowitz et al. (2005) zu ähnlichen Erkenntnissen. In dieser Untersuchung wurden 94 dysthyme Patienten mit frühem Beginn entweder mit Sertralin oder mit IPT (dieses Mal in einer für dysthyme Patienten modifizierten Form; 16 Sitzungen) oder der Kombination beider Ansätze oder mit einer Kontrollbedingung (supportive Psychotherapie) behandelt. Auch hier war die Kombinationsbedingung alleiniger Medikation nicht überlegen (Responserate 57% vs. 58%), jedoch alleiniger Psychotherapie (Responserate 35%). Die IPT zeigte gegenüber der supportiven Psychotherapie keine signifikanten Vorteile (Responserate 31%). Markowitz et al. (2005) führen die Ergebnisse zum einen auf die ungenügende Stichprobengröße, zum anderen auf eine zu aktive Kontrollgruppe zurück. Es überrascht wenig, dass die IPT bei dysthymen Patienten mit sekundärem Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit in einer weiteren Studie von Markowitz et al. (2008) im Vergleich zu einer supportiven Therapie ebenfalls nicht überzeugend abschnitt. Während der Effekt auf die depressive Symptomatik noch zufriedenstellend war, blieb die Anzahl der abstinenten Tage nahezu unverändert.

Dahingegen bewährte sich die IPT bei stationär behandlungsbedürftigen chronisch depressiven Patienten (entweder Double Depression oder chronische Major Depression; N=45), die entweder mit einer Kombination aus antidepressiver Standardmedikation plus IPT oder mit der gleichen Standardmedikation plus Clinical Management (CM) therapiert wurden. Die Intention-to-treat Analyse erbrachte bereits nach 5 Wochen eine signifikant ausgeprägtere Symptomreduktion in der Kombinationsbedingung im Vergleich zur Standardbehandlung. Die akute (IPT: 71% vs CM: 38%) sowie die aufrechterhaltene Response und die Remissionsrate (67% vs. 32%) unterschieden sich bedeutsam zwischen den Gruppen zugunsten der IPT-Gruppe. Beim 1-Jahres-Follow-up waren nur 7% rückfällig geworden verglichen mit 25% der CM Gruppe. Vorteile einer Kombinationsbehandlung mit IPT und Medikation gegenüber alleiniger Medikation zeigten sich außerdem in einer kleineren randomisierten Studie mit dysthymen Patienten (de Mello et al., 2001).

Im Vergleich zu der einzigen Psychotherapie, die speziell für chronisch Depressive entwickelt wurde (das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy/CBASP) konnte die IPT beim Behandlungserfolg nicht mithalten. In einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie an 30 chronisch depressiven Patienten mit frühem Beginn wurden die Teilnehmer entweder mit 22 Sitzungen IPT oder mit dem CBASP behandelt. Die CBASP-Patienten schnitten nach 16 Wochen deutlich besser ab als die IPT-Patienten, was die Reduktion der HAMD-Werte anbelangte. Sie erreichten außerdem eine signifikant höhere Remissionsrate (78%/CBASP vs. 23%/IPT). Bis zu 80% dieser Patientengruppe gab frühkindliche Traumatisierungen von mindestens mittelgradiger Ausprägung an (meistens emotional Vernachlässigung), was den deutlichen Vorteil des CBASP-Verfahrens möglicherweise erklären könnte.

### *Bipolare Störungen*

Für bipolare Störungen wurde von der Pittsburgher Arbeitsgruppe um Frank (2005) eine spezielle Variante der IPT entwickelt, die so genannte Interpersonelle und Soziale Rhythmus Therapie (IPSRT). Bei der IPSRT wird wie bei der herkömmlichen IPT zunächst der Zusammenhang zwischen Stimmung und Lebensereignissen eruiert und auf einen relevanten interpersonellen Problembereich fokussiert. Im Sinne von Rollenwechsel und Trauerarbeit ist allerdings bei bipolaren Patienten der Verlust der Gesundheit bzw. der Integrität ein Thema. Mehr als bei den unipolaren Patienten beschäftigt sich der Therapeut mit der medikamentösen Compliance und der Sicherheit des Patienten. Darüber hinaus sollte sich der Therapeut mit den Familienmitgliedern und dem behandelnden Arzt koordinieren und vom Patienten mitunter nur begrenzte Krankheitseinsicht erwarten. Ungefähr ab der 4. Sitzung wird die Social Rhythm Metric (SRM) eingeführt, ein Instrument mit dessen Hilfe der Patient den Tagesablauf dokumentiert, um die instabilsten Rhythmen herauszufinden, nach Auslösern für Rhythmusunterbrechungen zu suchen und entsprechend Veränderungsziele im Sinne von Regelmäßigkeit in der täglichen Routine festzulegen. Interpersonelle Fertigkeiten variieren bei bipolaren Patienten immens je nach Stimmungszustand (z.B. Hypomanie versus Depression), deswegen kann sich der Focus mit der Stimmung verändern.

In einer Untersuchung von Frank et al. (2005) wurden vier Behandlungsstrategien miteinander verglichen (alle kombiniert mit Standardmedikation): 1) akute IPSRT gefolgt von Erhaltungs-IPSRT, 2) akutes Intensives Clinical management (ICM) gefolgt von Erhaltungs-ICM, 3) akute IPSRT gefolgt von Erhaltungs-ICM, und 4) akutes ICM gefolgt von Erhaltungs-IPSRT. Es konnten keine Unterschiede zwischen den einzelnen Behandlungsstrategien bezüglich der Zeit bis zur Stabilisierung des affektiven Zustands beobachtet werden. Patienten, die in der akuten Phase mit IPSRT behandelt wurden, blieben längere Zeit ohne neue affektive Episode unabhängig von der Art der Erhaltungstherapie. Die IPSRT-Gruppe zeigte eine höhere Regelmäßigkeit des Sozialen Rhythmus nach der akuten Therapiephase, was mit

einer verminderten Rückfallwahrscheinlichkeit während der Erhaltungsphase verbunden war. Daraus schlossen die Autoren, dass die IPSRT besonders hinsichtlich der Phasenprophylaxe ein wirksames Verfahren darstellt. Eine Arbeit von Rucci et al. (2002) aus der gleichen Arbeitsgruppe legt nahe, dass die IPSRT bezogen auf die Verhinderung von Suizidversuchen bei bipolaren Patienten gleich effizient war wie ICM.

#### *Depressionen in der Schwangerschaft, nach einer Fehlgeburt, postpartal und bei Müttern psychisch kranker Kinder*

Die Arbeitsgruppe um Spinelli (Spinelli & Endicott, 2003) befand IPT bei schwangeren depressiven Frauen als signifikant wirksamer im Vergleich zu einem edukativen Programm für Eltern. Grote et al. (2009) behandelten ebenfalls perinatal depressive Frauen (N = 53) einer Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Einkommen mit einer Kurzform der IPT (8 Sitzungen vor der Geburt plus 6 Erhaltungssitzungen postpartum) und setzten den Behandlungserfolg in Relation zu einer Standardbehandlung (*treatment as usual*). Die IPT-Gruppe zeigte eindeutige Vorteile bezüglich der depressiven Symptomatik wie auch der sozialen Funktionsfähigkeit, auch 6 Monate nach der Geburt.

In einer Pilotstudie hat sich das IPT-Modell (mit bis zu 6 telefonischen Sitzungen) ebenfalls bei 17 subsyndromal depressiven Frauen nach einer Fehlgeburt bewährt (Neugebauer et al., 2007). Auch bei 120 Frauen mit postpartum Depression ließ sich die IPT im Vergleich zu einer Wartebedingung erfolgreich einsetzen. Die mit IPT behandelten Frauen zeigten höhere Response- und Remissionsraten und eine bessere soziale Anpassung (O'Hara et al., 2000). Im Gruppenformat schien die IPT bei Frauen mit postpartum Depression im Rahmen einer offenen Studie ebenfalls effektiv zu sein (Klier et al. 2001).

Bei depressiven Müttern (N=47), deren Kinder sich wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung befanden, führte eine Kurzform der IPT (9 Sitzungen) zu bedeutsamen Verbesserungen auf Symptom- und auf interpersoneller Ebene verglichen mit einer Standardbehandlung. Die Veränderungen des Zustands der Mütter gingen einer Reduktion der depressiven Symptomatik bei den Kindern voraus.

#### *Anpassungsstörungen, subsyndromale affektive und Angststörungen*

In einer frühen Studie von Klerman et al. (1987) wurde die IPT für Patienten mit Anpassungsstörungen, subsyndromalen affektiven und Angststörungen als kurze Beratungsgespräche modifiziert (IPT-C) und bewies in dieser Form hohe Wirksamkeit.

## **IPT bei körperlich kranken Patienten**

### *HIV-positive depressive Patienten*

In einer randomisierten Studie von Markowitz et al. (1998) mit 101 depressiven HIV infizierten Patienten war eine 16-wöchige IPT-Behandlung effizienter als eine supportive Therapie sowie eine KVT und gleich wirksam wie eine medikamentöse Therapie.

### *Depressive Patienten mit koronaren Herzerkrankungen*

In einer umfassenden Untersuchung einer kanadischen Arbeitsgruppe (Lespérance et al., 2007) wurden 284 depressive Patienten mit koronaren Herzerkrankungen zunächst entweder auf 12 Wochen „IPT plus Clinical Management“ (CM, ärztliche Kurzgespräche) oder auf CM alleine randomisiert. Danach wurden einer Citalopram- oder einer Plazebobedingung zugeteilt. Citalopram war der Plazebobedingung gegenüber überlegen. Die PT hatte gegenüber der CM-Bedingung allerdings keinerlei Vorteile.

### *Patientinnen mit Brustkrebs*

Für Patientinnen mit Brustkrebs wurde eine modifizierte Version der IPT per Telefon in einer Pilotstudie (Donnelly et al. 2000) überprüft. Die Therapieziele bestanden in einer Verminderung der psychischen Belastung und einer Erhöhung des Bewältigungsverhaltens. Die 14 untersuchten Patientinnen erhielten während einer Chemotherapie und für einen Monat danach wöchentliche Sitzungen (im Durchschnitt 16 Sitzungen). Die Frauen durften einen „Partner“ einladen, ebenfalls Einzelsitzungen in Anspruch zu nehmen (N=10, durchschnittlich 11 Sitzungen). Die Patientinnen beurteilten das Therapieprogramm zwischen „gut“ und „ausgezeichnet“. Die Autoren schlussfolgerten, dass Bedarf nach Angeboten für Betroffene und deren Angehörige besteht.

## **Nicht-affektive Störungsformen**

### *Bulimia Nervosa, „Binge Eating Disorder“ und Anorexia Nervosa*

In mehreren kontrollierten, randomisierten Untersuchungen konnte die Wirksamkeit der IPT bei essgestörten Patienten beobachtet werden (Fairburn et al. 1991, 1993, 1995; Agras et al. 2000; Wilfley et al. 1993, 2002). Dabei war die IPT bei Bulimiepatienten zunächst nur als Kontrollbedingung zum Vergleich mit der KVT eingesetzt worden. Zu diesem Zweck erfuhr das herkömmliche IPT-Manual auch keine störungsspezifischen Modifikationen, obwohl dies im Gegensatz zur Tradition bei den IPT-Varianten steht. Wollte ein Patient beispielsweise über die Symptome seiner Essstörung sprechen (bei der IPT für depressive Patienten ein

zulässiges Prozedere), wurde er innerhalb kurzer Zeit wieder auf seine interpersonellen Probleme fokussiert. Bei der Behandlung der Bulimia Nervosa erwies sich die KVT auf einigen Parametern effektiver, auf anderen jedoch gleichwirksam wie die IPT (Fairburn et al. 1995; Agras et al. 2000). Die IPT schien besonders geeignet für afro-amerikanische Patientinnen (Chui et al., 2007).

Bei Patienten mit Essanfällen war eine IPT-Gruppenbehandlung der Wartebedingung gegenüber überlegen und gleich effektiv wie KVT (Wilfley et al. 2002). Die Gruppentherapie fand im ambulanten Rahmen statt und war vom Charakter stark an das Vorgehen psychodynamisch ausgerichteter Gruppentherapien angelehnt.

Eine australische Forschergruppe um McIntosh (2005) widmete sich der Behandlung von Anorexia Nervosa, eine Störung für die bisher noch keine wirksame ambulante Therapie gefunden wurde. 65 anorektische Frauen bekamen mindestens 20 Wochen lang eine von 3 Behandlungen (20 Sitzungen): zwei davon waren störungsorientiert (IPT und KVT), eine supportive Psychotherapie diente als Kontrollgruppe. Überraschenderweise übertrumpfte die supportive Therapie die beiden störungsorientierten Ansätze und warf die Frage nach den Wirkfaktoren der einzelnen Interventionen auf.

### *Soziale Phobie*

Bei der IPT für sozial phobische Patienten (IPT-SP) werden ähnliche Modifikationen vorgenommen wie für dysthyme Patienten. Die Störung wird dem Patienten im Sinne eines medizinischen Krankheitsmodells erklärt und der in der Regel chronische Störungsverlauf wird bei der Fokussuche besonders berücksichtigt. Als zusätzlicher Problembereich ist bei sozialen Phobikern „Hypersensitivität in interpersonellen Beziehungen“ in dem IPT-SP Manual benannt (Lipsitz & Markowitz, 1996). In einer randomisierten Studie (Lipsitz et al., 2008) wurden 70 sozial phobische Patienten 14 Wochen lang entweder mit der IPT oder mit supportiver Therapie behandelt. Entgegen der Studienhypothese verbesserten sich beide Gruppen gleichermaßen.

Die Wirksamkeit der IPT bei Patienten mit sozialer Phobie (mit oder ohne komorbide Depression) wurde auch von den Arbeitsgruppen um Stangier und Schramm im Vergleich zu dem spezifisch auf Soziale Phobien zugeschnittenen kognitiven Ansatz von Clark & Wells (1995) erforscht. Einer ersten Auswertung zufolge wurde gemäß der klinischen Beurteilung eine Überlegenheit der KVT bei der Reduktion der sozial phobischen Symptomatik beobachtet, die sich allerdings nicht in der Selbstbeurteilung manifestierte (Schramm et al., 2009). Eine norwegischen Gruppe um Hoffart (2005) fokussierte ebenfalls die Unterschiede im Behandlungserfolg von IPT versus KVT bei sozialen Angstpatienten im stationären Setting. In dieser Arbeit waren beide Verfahren gleichermaßen wirksam.

### *Posttraumatische Belastungsstörung und Panikstörungen*

In den letzten Jahren wurde die IPT auch als Alternative zur traditionellen Expositionsbehandlung von Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und mit Panikstörungen entdeckt. In zwei offenen Studien stellte sich der Ansatz für die Behandlung der PTBS als hilfreich heraus (Markowitz et al., 2009). Krupnick und Mitarbeiter (2008) untersuchten 48 gering verdienende Frauen mit chronischer PTBS. Nach einer Gruppentherapie mit IPT wiesen die behandelten Frauen signifikant weniger depressive wie auch posttraumatische Symptome auf als Frauen, die einer Warteliste zugeteilt waren. Außerdem verfügten sie nach der Therapie über eine bessere soziale Leistungsfähigkeit. In einer weiteren Pilotstudie (Robertson et al., 2007) schlugen sich die Effekte der IPT in erster Linie in einer verbesserten sozialen und interpersonellen Leistungsfähigkeit und einem gesteigertem allgemeinem Wohlbefinden nieder.

Bleiberg & Markowitz (2005) führten über 14 Wochen eine Überprüfung der IPT bei 14 PTBS-Patienten durch. Zu Therapieende erfüllten 12 der 14 Patienten nicht mehr die Störungskriterien. Nur 1 Patient brach die Behandlung ab. 69 Prozent der Teilnehmer sprachen auf die Behandlung an, 36% remittierten. Neben der PTBS Symptomatik verbesserten sich auch depressive Symptome, Ärgerreaktionen sowie die interpersonelle Funktionsfähigkeit.

In einer kleineren offenen Studie an Patienten mit Panikstörung (Lipsitz et al. 2006) wurden wiederum deutliche Verbesserungen durch eine IPT-Behandlung festgestellt.

### *Borderline-Persönlichkeitsstörungen*

Markowitz und Kollegen (2006) adaptierten das IPT Konzept für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen. Von einer italienischen Arbeitsgruppe (Bellino et al., 2007) wurde diese Therapieform in Kombination mit Medikation bei 35 depressiven Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer kombiniert kognitiven und medikamentösen Therapie verglichen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen gefunden.

### *Komplizierte Trauer*

Bei Patienten mit komplizierter Trauer schienen 16 Sitzungen herkömmlicher IPT einer um kognitiv-behaviorale Elemente der Traumatherapie erweiterten IPT-Variante unterlegen (Shear et al. 2005). Als hauptsächliche Outcome-Masse dienten die Behandlungsresponse definiert als *Clinical Global Improvements* (CGI; 28% bei der IPT vs. 51% bei der IPT plus

Trauma-Elemente) sowie die Zeit bis zur Verbesserung von mindestens 20 Punkten auf dem Inventar für Komplizierte Trauer (Selbstrating).

### *Substanzmissbrauch*

Eine der ersten modifizierten Formen der IPT bezog sich auf drogenabhängige Patienten. In einer frühen Studie (Rounsaville et al., 1983) erhielten 72 opiatabhängige Patienten neben der IPT auch wöchentliche Gruppentherapie und konnten ein Methadonprogramm mit täglichen Kontakten nutzen. Die IPT erbrachte jedoch keinen zusätzlichen Vorteil gegenüber der Kontrollbedingung. Letztere beinhaltete außer den oben erwähnten Maßnahmen anstelle der IPT niedrigfrequente therapeutische Kontakte. Die Interpretation der Ergebnisse ist allerdings durch eine hohe Abbrecherquote kompliziert. Auch in der Behandlung Kokainabhängiger (Rounsaville et al., 1985) lieferte die IPT keine überzeugenden positiven Befunde. 42 Kokainabhängige wurden für 12 Wochen den Bedingungen „Rückfallprävention mit strukturierter VT“ oder „IPT“ zugewiesen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Bedingungen hinsichtlich der Anzahl von abstinenten Wochen erzielt.

## **Spezielle Settings und Fragestellungen**

### *Gruppen- und Paartherapie bei unipolaren Depressionen*

In einer Pilotstudie von Levkovitz et al. (2000) an 14 Patienten, die bereits auf Pharmakotherapie responsiv waren, stellte sich die IPT im Gruppenformat wirksamer als eine Standardbehandlung heraus. Ebenfalls als Gruppentherapie modifiziert wurde die IPT bei depressiven Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik im Rahmen einer randomisierten Pilotstudie untersucht und erzeugte dort gleich gute Resultate wie eine kognitive Gruppenbehandlung (Wahl, 1994).

Ein Vergleich der IPT als Paarbehandlung mit herkömmlicher IPT (Foley et al., 1989) belegte eine vergleichbare Wirksamkeit bei der Reduktion zentraler Depressivitätsindikatoren. Die partnerschaftliche Zufriedenheit steigerte sich jedoch bei Einbeziehung des Partners stärker.

### *IPT in Entwicklungsländern und anderen Kulturen*

Der Einsatz der IPT in Entwicklungsländern und anderen Kulturen in einem modifizierten Gruppenformat hat in den letzten Jahren eine beachtenswerte Entwicklung genommen. Vor allem in afrikanischen Ländern wird die IPT vielfach von ausgebildeten „Dorfhelfern“ angewandt. In einer randomisierten, kontrollierten Studie von Bolton et al. (2003), die in Uganda durchgeführt wurde, erwies sich die interpersonelle Gruppentherapie als hocheffektiv bei der Verminderung von Depression und Dysfunktion. Auch 6 Monate nach der 16-wöchigen

Gruppentherapie wurden substantielle Vorteile der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt (Bass et al., 2006). In einer neueren Arbeit von Verdeli et al. (2008) wird der Einsatz und die Adaptationen der IPT bei depressiven Jugendlichen in Camps in Nord-Uganda beschrieben, die ausgeprägte Verluste erlitten haben.

Eine puertorikanische Arbeitsgruppe (Rosselló et al., 2008) war besonders an dem Vergleich der IPT vs. KVT im Einzel- vs. Gruppenformat interessiert. Bei 112 Jugendlichen aus Puerto Rico führten Gruppen- sowie Einzeltherapien mit KVT oder IPT zu deutlichen Verbesserungen. Allerdings war die KVT im Vergleich zur IPT mit einer deutlicheren Symptomabnahme und einem verbesserten Selbstkonzept verbunden.

## **Literatur**

Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.

American Psychiatric Association (1993). Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults. *Am J Psychiat*, 150 (Suppl.), 1-26.

Balslev-Jorgensen, M., Dam, H. & Bolwig, T. G. (1998). The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-13.

Bass, J., Neugebauer, R., Clougherty, K. F., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Ndogoni, L. Speelman, L., Weissman, M., Bolton, P. (2006) Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 567-573.

Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. (2007) Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Can J Psychiatry*, 52(11):718-25.

Bleiberg KL, Markowitz JC. (2005) A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 162(1):181-3.

Blom M.B., Jonker K., Dusseldorp E., Spinhoven P., Hoencamp E., Haffmans J., van Dyck R. (2007) Combination treatment for acute depression is superior only when psychotherapy is added to medication. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76(5), 289-297.

Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N, Charvoz L, Hautzinger M, Schramm E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 76(6):944-54

Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3117-3124.

Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E. et al. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 317-330.

Carreira K, Miller MD, Frank E, Houck PR, Morse JQ, Dew MA, Butters MA, Reynolds CF 3rd. (2008) A controlled evaluation of monthly maintenance interpersonal psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23 (11):1110-3.

Clark D.M., Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.). *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Guilford: New York.

Chui W, Safer DL, Bryson SW, Agras WS, Wilson GT. (2007) A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav*, 8(4):485-91.

Cuipers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. (2008) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 909-922.

De Mello, M. F., Myczcowisk, L. M., & Menezes, P. R. (2001). A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 117-123.

de Mello, M. F., Jesus Mari, J. d., Bacaltchuk, J., Verdeli, H. & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G, Hudis CA, Hamilton N, Payne D, Massie MJ, Norton L, Holland JC. (2000) A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology*, 9(1):44-56.

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. T., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are. In: Bergin, A. E., Garfield, S. L. (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 4th Edition. New York: Wiley.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.

Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Foley, S. H., Rounsaville, B., Weissman, M., Sholomskas, D. & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-42.

Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B. & Grochocinski, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B. & Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.

Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR, Rucci P, Novick DM, Grochocinski VJ, Stapf DM (2007) Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression *Am J Psychiatry*, 164(5):761-7.

Grawe, K., Donati, R. & Bemauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

Grote N.K., Swartz H.A., Geibel S.L., Zuckoff A., Houck P.R., Frank E. (2009) A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatry Serv* 60(3), 313-321.

Hoffart A. (2005) IPT for social phobia: Theoretical model and review of the evidence. In: M.E. Abelian (ed.) *Focus on psychotherapy research* (pp. 4-11). New York: Nova Science.

Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Trivedi, M., Rush, A. J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.

Horowitz J.L., Garber J., Ciesla J.A., Young J.F., Mufson L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention program. *J Consult Clin Psychol* 75(5), 693-706.

Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B. & Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.

Klerman, G. L., Weissman, M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.

Klerman, G. L., Budman, S., Berwick, D., Weissman, M. M., Damico-White, J., Demby, A., & Feldstein, M. (1987). Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care*, 25, 1078-1088.

Klier, C. M., Muzik, M., Rosenblum, K. L. & Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 124-131.

Krupnick J.L., Green B.L. Stockton P., Miranda J., Krause E., Mete M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder *Psychotherapy Research* 18(5), 497-507.

Lenze, E. J., Dew, M. A., Mazumdar, S., Begley, A. E., Cornes, C., Miller, M. D., Imber, S. D., Frank, E., Kupfer, D. J. & Reynolds, C. F., III (2002). Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 159, 466-468.

Lespérance F, Frasare-Smith N, Koszycki D, Laliberté MA, van Zyl LT, Baker B, Swenson JR, Ghatavi K, Abramson BL, Dorian P, Guertin MC. (2007). Effects of citalopram

and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 10(1): 117-122.

Levkovitz, Y., Shahar, G., Nativ, G., Hirschfeld, E., Treves, I., Krieger, I. & Fennig, S. (2000). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder - pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 60, 191-195.

Lipsitz, J.D. & Markowitz, J.C. (1996). *Manual for Interpersonal Psychotherapy for Social Phobia (IPT-SP)*. Anxiety Disorders Clinic, New York: Unpublished Manuscript.

Lipsitz JD, Gur M, Miller N, Vermes D, Fyer AJ (2006) An open trial of interpersonal psychotherapy for panic disorder (IPT-PD). *J Nerv Ment Disease* 194(6), 440-445.

Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller N, Laino J, Liebowitz MR, Fyer AJ. (2008) A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 25(6):542-53.

Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie J.M., Rae A.M., Frampton C.M.A., Mulder R.T., Joyce P.R. (2007) Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioral therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502.

Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., Klerman, G. L. & Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry*, 55, 452-457.

Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Bleiberg, K. L., Christos, P. J., Sacks, M. (2005). A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients. *J Affect Disord*, 89, 167-175.

Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. (2006) Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *J Clin Psychol*, 62(4):431-44.

Markowitz JC, Kocsis JH, Christos P, Bleiberg K, Carlin A. (2008) Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *J Nerv Ment Dis*, 196(6):468-74.

Markowitz, J. C., Milrod B., Bleiberg, K.L., Marshall R.D. (2009) Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Pract* 15(2): 133-140.

McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. (2005) Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 162(4):741-7.

Miller, M.D. (2008) Using interpersonal therapy (IPT) with older adults today and tomorrow: a review of the literature and new developments. *Curr Psychiatry Rep.*, 10(1):16-22.

Miller L, Gur M, Shanok A, Weissman MM. (2008) IPT with pregnant adolescents: two pilot studies. *J Child Psychol Psychiatry* 49(7), 733-742.

Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal Therapy for Depressed Adolescents*. New York: Guilford Press.

Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D. & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.

Mufson, L., Pollack, K. D., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M. & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.

Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K, Baxi L, Markowitz JC, Rosing M, Levin B, Keith J. (2007) Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety*, 24(3):219-22.

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L. & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.

Peeters F. (2009). The effectiveness of IPT for depression in a routine clinical setting. Presentation at the 3<sup>rd</sup> International Conference of the International Society for IPT, March 2009: New York.

Reynolds, C. F., III, Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Mazumdar, S., Houck, P. R., Dew, M. A., Stack, J. A., Pollock, B. G. & Kupfer, D. J. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 281, 39-45.

Reynolds, C.F., III, Dew, M.A., Pollock, B.G., Mulsant, B.H., Frank, E., Miller, M.D., Houck, P.R., Mazumdar, S., Butters, M.A., Stack, J.A., Schlernitzauer, M.A., Whyte, E.M., Gildengers, A., Karp, J., Lenze, E., Szanto, K., Bensasi, S., Kupfer, D. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 354 (11), 1130-1138.

Robertson M, Rushton P, Batrim D, Moore E, Morris P. (2007) Open trial of interpersonal psychotherapy for chronic post traumatic stress disorder. *Australas Psychiatry*, 15(5):375-9.

Rosselló, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.

Rosselló J, Bernal G, Rivera-Medina C. (2008) Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 14(3):234-45.

Rounsaville BJ, Glazer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. (1983) Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*; 40:629-36.

Rounsaville BJ, Kleber HD. (1985) Psychotherapy/counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings. *Int J Addiction*, 20(6 u.7):868-96.

Rucci, P., Frank, E., Kostelnik, B., Fagiolini, A., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Thase, M. E., Siegel, L., Wilson, D. & Kupfer, D. J. (2002). Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1160-1164.

Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer. Völlige Neuüberarbeitung in Vorber. (2009).

Schramm, E., van Calker, D. & Berger, M. (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 65-72.

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. *American Journal of Psychiatry*. 164, 768-777.

Schramm E, Schneider D, Zobel I, van Calker D, Dykieriek P, Kech S, Härter M, Berger M. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *J Affect Disord*. 109(1-2):65-73.

Schramm E. IPT in chronic depression: a comparison with the CBASP and with pharmacotherapy. Vortrag auf der 3<sup>rd</sup> International Conference of the International Society of IPT. März, 2009.

Schramm E. Differential effects of comorbid depression in social phobia on the outcome of IPT. Vortrag auf der 3<sup>rd</sup> International Conference of the International Society of IPT. März, 2009.

Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., Scott, C. P., Rodriguez, E., Imber, S. D., Perel, J., Lave, J., Houck, P. R. & Coulehan, J. L. (1996). Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53, 913-919.

Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R. & Dolan, R. T. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief : a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.

Spinelli, M. G. & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 555-562.

Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JM, Houck PR, Cheng Y, Fleming MA, Grote NK, Brent DA, Shear MK. (2008) Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Am J Psychiatry*, 165(9):1155-62.

Van Schaik D.J., van Marwijk H.W., Beekman A.T., de Haan M., van Dyck R. (2007) IPT for late life in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Fam Pract* 13(8). 52.

Verdeli H, Clougherty K, Onyango G, Lewandowski E, Spielman L, Betancourt TS, Neugebauer R, Stein TR, Bolton P. (2008) Group Interpersonal Psychotherapy for depressed youth in IDP camps in Northern Uganda: adaptation and training. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(3):605-24.

Wahl, R. (1994). Kurzpsychotherapie bei Depressionen. Interpersonelle Psychotherapie und kognitive Therapie im Vergleich. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Weissman MM., Klerman G., Markowitz J.C. (2000) *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., Sholomskas, D. & Padian, N. (1981). Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Dimascio, A., Neu, C., Goklaney, M. & Klerman, G. L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-558.

Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Sifford, L. A., & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.

Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V. & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.