

# Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde,  
der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

## Elektronischer Sonderdruck für E. Schramm

Ein Service von Springer Medizin

Nervenarzt 2013 · 84:813–822 · DOI 10.1007/s00115-013-3744-5

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

E. Schramm · M. Berger

## Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten depressiven Erkrankungen

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

# Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten depressiven Erkrankungen

**Im Zuge des massiven Wandels der Arbeitswelt ist in jüngerer Zeit das Interesse an dem Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Stressfaktoren und depressiven Erkrankungen erheblich gestiegen. Zunehmend wurde erkannt, dass depressive Erkrankungen am Arbeitsplatz hochprävalent sind und massive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten haben. Hat sich eine depressive Störung im Kontext arbeitsbezogener Probleme entwickelt, bietet sich für diese überwiegend im Arbeitsleben stehende Patientengruppe die interpersonelle Psychotherapie (IPT) an. Die IPT bezieht sich direkt auf die problematischen psychosozialen und interpersonellen Lebensbezüge des Betroffenen, die zur Krankheitsentstehung entscheidend beigetragen haben. Neben den klassischen problembehafteten Lebensbezügen lässt sich ein weiterer Problembereich konzipieren: „arbeitsbezogener Stress und Burn-out-Erleben“.**

## Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit

Arbeitstätigkeit hat in der Regel eine sinnstiftende und psychisch stabilisierende Wirkung, kann jedoch auch krankheitsauslösende Risiken beinhalten. Dabei stellt der Arbeitsbereich fast ausnahmslos einen interpersonellen Kontext dar, da

man mit seiner Tätigkeit direkt oder indirekt auf andere Menschen bezogen ist.

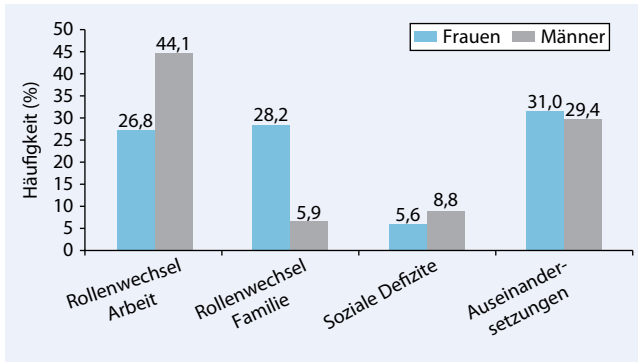
## » Arbeitsbezogener Stress erklärt sich häufig aus interpersonellen Konfliktkonstellationen

Je nachdem, in welchem Maß sich die Arbeitstätigkeit in einem sozialen Gefüge abspielt, erklärt sich arbeitsbezogener Stress häufig aus interpersonellen Konfliktkonstellationen, die sich beispielsweise auf soziale Rollenkonstellationen und -hierarchien, soziale Anforderungen, Kompetitivität, soziale Zugehörigkeit und Anerkennung beziehen. Wenn psychische Grundbedürfnisse nach konstruktiver Beziehung und Zugehörigkeit oder sozialem Status in der Arbeitsrolle dauerhaft verletzt werden und Arbeit ein Übermaß an negativem Stress beinhaltet, kann dies zur Entwicklung depressiver Prozesse beitragen. Aber auch sinnentleerte, fragmentierte und selbstentfremdende Arbeitsabläufe münden oftmals in ein Ausbrennen des eigenen Energiehaushalts, das sich wiederum in Depressionen manifestieren kann.

## Arbeit und Depression

Es ist bekannt, dass die Entstehung depressiver Störungen multifaktoriell bedingt ist und auf einem komplexen Zusammenspiel genetischer, biologischer,

psychischer und Umweltbedingungen beruht [4]. Zu den letztgenannten Belastungsfaktoren gehören insbesondere akute und chronische psychosoziale Stressoren (Abb. 1) wie beispielsweise ein niedriger sozioökonomischer Status [26]. Im Zuge des massiven Wandels der Arbeitswelt ist in jüngerer Zeit das Interesse an dem Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Stressfaktoren und depressiven Erkrankungen erheblich gestiegen. Dies wurde durch die zunehmende Erkenntnis ausgelöst, dass zum einen depressive Erkrankungen am Arbeitsplatz hochprävalent sind und massive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten haben ([18, 34]), zum anderen durch die Beobachtung, dass arbeitsbezogene Belastungen – v. a. aus Sicht der Betroffenen – zu den häufigsten Auslösern depressiver Störungen zählen [13, 17, 31, 42]. In einer umfassenden Übersichtsarbeit [2] wird resümiert, dass die subjektive Wahrnehmung psychosozialer Stressoren am Arbeitsplatz mit einem deutlich erhöhten Risiko depressiver Symptome oder Störungen verbunden ist. Rau et al. [33] beschäftigten sich in einer neueren Studie mit subjektiv vs. objektiv bewerteten Faktoren und fanden, dass sich mit steigender objektiv gegebener Arbeitsintensität sowohl das Risiko für eine „major depression“ als auch für Depressivität erhöht. Beim Tätigkeitsspielraum sah es anders aus: Hier gab es Hinweise, dass depressive Arbeitnehmer im Rahmen ihrer psychischen Beeinträchtigung den Tätig-



**Abb.1** ◀ Depressionsrelevante Problembeziehe von Männern und Frauen (n=105). (Adaptiert nach [35])

keitsspielraum subjektiv geringer bewerten, als er objektiv ist, und sich somit lediglich ein Zusammenhang zwischen subjektiv erlebtem Tätigkeitsspielraum und Depressivität, nicht aber zwischen objektiv bewertetem Tätigkeitsspielraum und Major depression oder Depressivität feststellen lässt [32, 33].

### Wandel der Arbeitswelt

Die Arbeitswelt unterlag in den letzten Jahren angesichts der wirtschaftlichen Globalisierung einem weitreichenden und drastischen Wandel, der zu massiven Veränderungen in den Anforderungen geführt hat und sich an einigen Schlagwörtern wie Arbeitsverdichtung (einschließlich Multitasking), Arbeitsbeschleunigung, Termin- und Leistungsdruck, Fragmentierung von Arbeitsabläufen sowie prekären Arbeitsverhältnissen skizzieren lässt [5, 6, 25]. So stellt das Statistische Bundesamt (Veröff. 149/12; 30.04.2012; <https://www.destatis.de>) seit 1991 eine überproportionale Produktivitätssteigerung fest, bei der die Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigenstunde um knapp 35% zunahm.

Im Stressreport [25] ist beispielsweise zu lesen:

... dass ein Viertel der Befragten Pausen ausfallen lässt und dies in mehr als einem Drittel der Fälle damit begründet, zu viel Arbeit zu haben. Dabei gibt ca. ein Fünftel an, mengenmäßig überfordert zu sein, und fast die Hälfte, dass Pausen nicht in den Arbeitsablauf passen. Auf der anderen Seite berichtet aber auch mehr als ein Achtel von fachlicher Unterforderung. Zugleich haben die im Zusammenhang mit der Arbeit häufig auftretenden gesundheitli-

chen Beschwerden überwiegend zugenommen. Und je mehr Beschwerden angegeben werden, desto höher fallen dabei auch die mit Arbeitsintensität assoziierten Anforderungswerte z. B. für „starken Termin- und Leistungsdruck“ oder Multitasking aus. Gleichzeitig werden mit zunehmenden Beschwerden auch weniger Ressourcen angegeben. Dies gilt insbesondere für fehlende Hilfe und Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten. Darüber hinaus wird auch mit steigenden Beschwerden ein Mehr an Stresszunahme und an fachlicher sowie mengenmäßiger Überforderung berichtet. Unterforderung scheint hingegen nur wenig Einfluss auf die Gesundheit zu haben.

Auch Arbeits- und Organisationspsychologen listen eine Vielzahl von entsprechenden Risikofaktoren auf, wie eingeschränkter Tätigkeits- und Handlungsspielraum, Übermaß an Verantwortlichkeit, Rollenambiguität, problembeladenes Klientel, mangelnde Transparenz am Arbeitsplatz, mangelndes Feedback, übermäßige Überwachung/Kontrolle und Leistungserwartungen, Mobbing, mangelnde Einflussmöglichkeiten oder geringe Aufstiegschancen [8], um nur einige zu nennen.

### Modelle chronischer psychosozialer Arbeitsbelastungen

Insbesondere 2 Modelle chronischer psychosozialer Arbeitsbelastungen sind bislang in der internationalen Forschung umfassender überprüft worden [40]: das Anforderung-Kontroll-Modell [20], das sich mit den Tätigkeitsinhalten und der Arbeitsorganisation im Sinne einer erhöhten Belastung (z. B. Arbeitsverdich-

tung) bei gleichzeitiger geringer Kontrollmöglichkeit beschäftigt. Das 2. Modell ist das der beruflichen Gratifikationskrise [38]. Von einer „Gratifikationskrise“ [38, 40] spricht man, wenn einer hohen Verausgabung einer arbeitenden Person keine angemessenen Belohnungen gegenüberstehen. Dabei geht es neben einer materiellen Gratifikation auch um die Sicherung des sozialen Status (in Form angemessener Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit) sowie um Wertschätzung und Anerkennung des Geleisteten. Die Verausgabung kann wiederum durch eine übersteigerte Leistungsbereitschaft des Betroffenen bestimmt sein. Die aktuelle Forschungsevidenz belegt einen moderaten Zusammenhang zwischen diesen beiden Phänomenen chronischer psychosozialer Arbeitsbelastung und Depression [11, 29, 39, 40, 41].

Weitere psychosoziale Arbeitsfaktoren, die nachgewiesenermaßen zu Depressivität und Depression beitragen, sind interpersonelle Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten [14, 21], ein negatives Arbeitsklima mit geringer sozialer Unterstützung, soziale Isolation sowie Rollenstress und Arbeitsplatzunsicherheit [32, 33]. Auch die depressogene Bedeutung von Rollenstress im Sinne von Rollenkonflikten oder Rollenüberlastung [18] ist durch zahlreiche Untersuchungen nachgewiesen [32, 33]. Demnach birgt eine Arbeitstätigkeit, die von unklaren Rollenzuschreibungen, multiplen und widersprüchlichen Anforderungen oder uneindeutigen Verantwortungszuordnungen geprägt ist, ein erhöhtes Depressionsrisiko.

Aufschlussreich ist auch das Ergebnis einer neueren Studie [9], die erbrachte, dass der Einfluss von arbeitsbezogenen Belastungen auf das Auftreten psychischer Störungen unabhängig von nicht-arbeitsbezogenen Stressoren (z. B. Schulden, häusliche soziale Unterstützung etc.) zu begreifen ist. Somit bietet sich ein Behandlungsmodell an, das beide psychosozialen Belastungsquellen – sowohl arbeitsbezogene als auch andere psychosoziale Stressoren – systematisch in der Weise berücksichtigt, wie es bei der interpersonellen Psychotherapie der Depression (IPT; [22] Neubearbeitungen [44]; dt. Version: [37]) beschrieben ist. Das thera-

peutische Vorgehen bei arbeitsbedingten Depressionen im Rahmen der IPT ist im Abschn. „Interpersonelle Psychotherapie“ beschrieben.

## Geschlechtsbezogene Unterschiede

Welche Rolle arbeitsbezogene Risikofaktoren bei der Entstehung depressiver Störungen spielen, ist bei Männern und Frauen stark unterschiedlich. Die identifizierten geschlechtsbezogenen Unterschiede weisen darauf hin, dass bei Männern die Berufsrolle oder aber länger andauernde Arbeitslosigkeit die dominierende Stressquelle darstellt. So beschreibt Möller-Leimkühler [28], dass Männer nicht nur die gefährlicheren Berufe haben, sondern auch stärker von der zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit betroffen und deutlicher durch Arbeitslosigkeit belastet sind. Außerdem haben sie ein höheres psychisches Erkrankungsrisiko infolge ungünstiger psychosozialer Arbeitsbedingungen (z. B. im Sinne von Gratifikationskrisen). Bei Männern stammen 4 von 7 identifizierten psychosozialen Hauptrisikofaktoren für Depression direkt oder indirekt aus dem Arbeitsbereich (berufliche Gratifikationskrisen, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, niedriger sozioökonomischer Status); bei Frauen war es nur einer von 9 Faktoren (niedriger sozioökonomischer Status; **Tab. 1**).

In einer randomisierten kontrollierten Studie [36] an 124 stationär behandelten depressiven Patienten zeigte sich, dass Männer häufiger berufliche Probleme oder Veränderungen (z. B. Kündigungen oder Änderungen in der Struktur der Belegschaft) als Hauptursache für eine akut vorliegende depressive Episode und dementsprechend als den relevanten Kontext für eine therapeutische Bearbeitung angaben (44 vs. 27%; **Abb. 1**). Dahingegen waren bei Frauen Rollenveränderungen innerhalb der Familie weitaus häufiger vertreten (z. B. durch Mutterschaft, Trennung vom Partner oder Pflege eines Angehörigen, [35]). Über beide Geschlechter hinweg wurden Belastungen im Arbeitsbereich im Sinne von Rollenveränderungen von knapp einem Drittel der Betroffenen als der primäre Fokus ausgewählt, gefolgt von interpersonellen Konflik-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

**Tab. 1** Psychosoziale Risikofaktoren für Depression (Aus [28])

Risikofaktoren für Frauen	Risikofaktoren für Männer
Niedriger sozioökonomischer Status	Niedriger sozioökonomischer Status
Niedriges Bildungsniveau	Alleinlebend
Hausfrau	Scheidung/Trennung
Ehefrau	Arbeitslosigkeit
Mutter	Berufliche Gratifikationskrisen
Alleinerziehende Mutter	Pensionierung
Geringe soziale Unterstützung	Chronische Erkrankungen
Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	
Sexueller Missbrauch in der Kindheit	

ten (30,5%), die im Fall von Arbeitsproblemen oftmals als 2. Fokus (z. B. Auseinandersetzungen mit Kollegen im Rahmen eines Chefwechsels) bearbeitet wurden. Bei der Behandlung mit der IPT wiesen Männer am Therapieende interessanterweise höhere Remissionsraten auf, entgegen der verbreiteten Annahme, dass Frauen mehr von diesem emotional betonten Ansatz profitieren könnten.

Es bleibt also festzuhalten, dass anhaltender arbeitsbezogener Stress zu unterschiedlichen psychischen, aber auch physischen Störungen beiträgt (■ **Abb. 2**) und ein Zusammenhang zwischen arbeitsbedingter psychischer Belastung und Depressionen durch eine Vielzahl von Studien belegt ist. Auch wenn diese Feststellung noch nicht empirisch gesichert in genauen Prozentzahlen benannt werden kann und es keine belastbaren Daten einer linearen Korrelation zwischen dem objektifizierbaren Ausmaß von Arbeitsbelastungen und dem Auftreten einer Depression gibt, wurde sie von den Medien mit einer umfassenden Diskussion des so genannten Burnout-Syndroms aufgegriffen.

## Unterscheidung zwischen Depressionen und Burnout

Die Unterscheidung zwischen subjektiv erlebten Burnout-Phänomenen und Depressionen ist relevant (■ **Abb. 2**). Im Verlauf eines Arbeitslebens kann es üblicherweise immer mal wieder zu vorübergehenden Überlastungen kommen, die mit vegetativen Stresssymptomen wie Schweißausbrüchen, Schlafstörungen und einem allgemeinen Gefühl der Erschöpfung einhergehen können. Diese Arbeitsüberlastungsfolgen sollten sich jedoch im Rahmen von Wochenenderholung oder Urlauben rasch zurückbilden. Bei länger anhaltender Überforderung kann der

Begriff Burnout zur Charakterisierung eines Zustands chronischer emotionaler Erschöpfung, einer kritischen Distanz zu der als überfordernd erlebten Arbeit und einer Reduzierung der eigenen Leistungsfähigkeit bei vegetativen Stresssymptomen genutzt werden [8]. Dieser sollte entsprechend der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) und des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen, 4. Aufl. (DSM-IV) nicht als Krankheit, aber als beachtenswerter Risikozustand beurteilt werden. Falls der Betroffene keine Lösung findet, den Stress zu reduzieren, besser zu tolerieren oder die äußeren Umstände zu ändern, kann das Risiko ansteigen, bei entsprechender Vulnerabilität an einer Depression und/oder auch einer anderen psychischen Störung (z. B. Angststörung oder Alkoholmissbrauch; ■ **Abb. 3**) zu erkranken.

## » Burnout als beachtenswerten Risikozustand beurteilen

Auch besteht eine Assoziation zwischen einem solchen länger anhaltenden Burnout-Zustand und dem Auftreten kardiovaskulärer, muskuloskeletaler, kutaner und allergischer Erkrankungen [16]. In diesen Fällen ist also davon auszugehen, dass bei den Patienten eine diagnostizierbare psychische oder physische Erkrankung vorliegt, deren Entstehung im Zusammenhang mit arbeitsbezogenem Stress zu sehen ist.

Verwirrend ist in vielen Publikationen die Vermischung oder Gleichstellung des Burnout-Begriffs mit depressiven Erkrankungen. Teilweise werden Depressionen sogar als ein Symptomenkomplex innerhalb eines Burnout-Syndroms gese-

hen. Andere Autoren erachten Burnout als Vorstufe einer Depression. Die aussagekräftigsten Arbeiten zu dieser Sichtweise stammen aus Finnland [1] und belegen, dass Personen mit leichtem Burnout in 20% der Fälle und Personen mit schwerem Burnout in mehr als 50% der Fälle die Kriterien einer Depression aufweisen. Es trifft jedoch auch zu, dass insbesondere bei leichten, aber auch ausgeprägten Formen einer Burnout-Symptomatologie nicht gleichzeitig die Depressionskriterien erfüllt sein müssen. Bei dieser Gruppe besteht allerdings nach den finnischen Untersuchungen eine 2,6-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten 3 Jahren eine Depression zu entwickeln. Wurden die beruflichen Belastungsquellen abgebaut, stellte sich diese Entwicklung nicht ein.

## Vulnerabilität-Stress-Modell

Wenn der arbeitsbezogene Stress die positiven inter- und intrapsychischen Aspekte (wie beispielsweise Selbstwirksamkeitsempfinden) der Arbeit übertrifft, hat dies insbesondere bei vulnerablen Personen gesundheitsrelevante Auswirkungen. Auch wenn der Zusammenhang zwischen Stressfaktoren am Arbeitsplatz und depressiven Störungen gesichert scheint, spricht die klinische Erfahrung für eine große Variabilität der individuellen Stress-toleranz. Entsprechend dem Vulnerabilität-Stress-Modell (■ **Abb. 3**) ist anzunehmen, dass bei hochvulnerablen Individuen vergleichsweise geringe Stressoren zum Auftreten von depressiven Symptomen führen können.

Neben arbeitsplatzbezogenen Bedingungsfaktoren wie beispielsweise Arbeitsüberlastung, Mangel an Kontrolle und Belohnung, Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls, mangelnde Fairness und Wertkonflikte [27], die überwiegend auf abhängig Beschäftigte zutreffen, werden individuelle Bedingungsfaktoren als prädestinierend für die Entwicklung von arbeitsbedingten depressiven Störungen diskutiert (z. B. frühe Traumatisierungen, [5, 6]).

## Therapeutische Herangehensweise

### Prävention

Zunehmende Bedeutung erlangten in jüngster Zeit Präventionskonzepte zur Verhinderung arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen angesichts aktueller Daten im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey; hier erfüllten jede 10. weibliche und jeder 20. männliche Erwerbstätige die Kriterien einer Major depression [34]. Präventive Ansätze, die sich auf eine Veränderung der Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) und/oder die Vermittlung von Bewältigungsstrategien (Verhaltensprävention) bei Arbeitsüberlastungen (Übersicht bei [43]) beziehen, zeigten bisher allerdings nur begrenzte Wirksamkeit in der Verbesserung der Gesundheit und der Reduktion von Krankheit von Werktätigen [7, 30]. Dies gilt insbesondere für die verhaltenspräventiven Ansätze [23], die in Maßnahmen zur allgemeinen Prävention – Zielgruppe sind alle Beschäftigten – von der gezielten Prävention abzugrenzen sind, die bei Beschäftigten mit ersten depressiven bzw. Burnout-Beschwerden oder in belasteten Arbeitsbereichen ansetzt. Die Wirksamkeit der Primärprävention von Beschäftigten ohne initiale Beschwerden muss aufgrund von Interventionsstudien hinterfragt werden [5, 6]. Bei den gezielten Präventionsmaßnahmen scheinen achtsamkeitsbasierte Stressmanagementprogramme [24] sowie einzelne berufungsgruppen-spezifische Ansätze erfolgversprechend, beispielsweise ein kognitiv-behaviorales Präventionsprogramm für Lehrer [15].

Für die Verhältnisprävention, bei der die Gestaltung von Arbeitsbedingungen im Vordergrund steht, liegen bessere Ergebnisse vor. Bereits seit einigen Jahren besteht in der Europäischen Union (EU) bezüglich psychosozialen Stresses am Arbeitsplatz eine Sozialpartnervereinbarung. Diese Empfehlung hat in den meisten EU-Staaten zu gesetzlichen Vorgaben zum Schutz vor gesundheitsgefährdendem psychischem Stress geführt [12]. Dabei wurden psychische Belastungen am Arbeitsplatz den medizinischen Risikofaktoren von Lärm, Licht, Toxinen etc. gleichgestellt. Nur in Deutschland wur-

Nervenarzt 2013 · 84:813–822 DOI 10.1007/s00115-013-3744-5  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

E. Schramm · M. Berger

## Interpersonelle Psychotherapie bei arbeitsstressbedingten depressiven Erkrankungen

### Zusammenfassung

Arbeit hat in der Regel eine gesundheitsfördernde Funktion, kann aber auch gesundheitsgefährdende Auswirkungen beinhalten. Vor dem Hintergrund des massiven Wandels der Arbeitswelt kam es zur zunehmenden Erkenntnis, dass depressive Erkrankungen am Arbeitsplatz hochprävalent sind und – insbesondere bei Männern – arbeitsbezogene Belastungen zu den häufigsten Auslösern depressiver Störungen zählen. Dabei ist die Unterscheidung zwischen subjektiv erlebten Burnout-Phänomenen und klinischer Depression relevant. Zu den am besten untersuchten psychosozialen Arbeitsstressoren gehören neben erhöhten Arbeitsanforderungen bei geringer Kontrollmöglichkeit sowie mangelnder Gratifikation auch interpersonelle Konflikte, Rollenstress und soziale Isolation. Für die Behandlung arbeitsbedingter klinischer Depression wird – ausgehend von dem Vulnerabilität-Stress-Modell und der Tatsa-

che, dass Arbeit üblicherweise in einem interpersonellen Kontext stattfindet – im Rahmen der interpersonellen Psychotherapie (IPT) der Depression ein zusätzlicher Problemfokus „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ konzipiert. Dieser bezieht sich auf die Bearbeitung von Rollenstress und Konflikten am Arbeitsplatz sowie auf die Reduzierung äußerer stressbehafteter Arbeitsbedingungen. Die IPT bewährte sich zur Behandlung depressiver Störungen im Rahmen von Arbeitsproblemen bisher als eine geeignete Methode. Weitere kontrollierte Studien zur Überprüfung dieses neu konzipierten Problemfokus stehen noch aus.

### Schlüsselwörter

Arbeitsplatz · Interpersonelle Beziehungen · Burnout · Psychologische Modelle · Psychotherapie

## Interpersonal psychotherapy for work-related stress depressive disorders

### Summary

In general work involves health promoting functions but can also have hazardous impacts on well-being. Due to a massive change in working conditions it has become increasingly more recognized that depressive disorders are highly prevalent at the workplace and that work stress belongs to the most common triggers of depressive disorders, particularly in men. It is relevant to differentiate between subjectively experienced burnout and clinical depression. The best investigated psychosocial work stressors include increased job demands in connection with low control possibilities and lack of gratification, interpersonal conflicts, role stress and social isolation. For the treatment of work-related clinical depression, an additional focus of interpersonal psychotherapy (IPT)

of depression, namely “work-related stress and burnout experience” was conceptualized based on a vulnerability-stress model and the fact that work usually takes place in an interpersonal context. This new problem area focuses on role stress and conflicts at work and the reduction of stressful working conditions. Interpersonal psychotherapy has so far been useful for the treatment of depression due to problems at work; however, further studies are needed to evaluate the efficacy of this newly designed problem area.

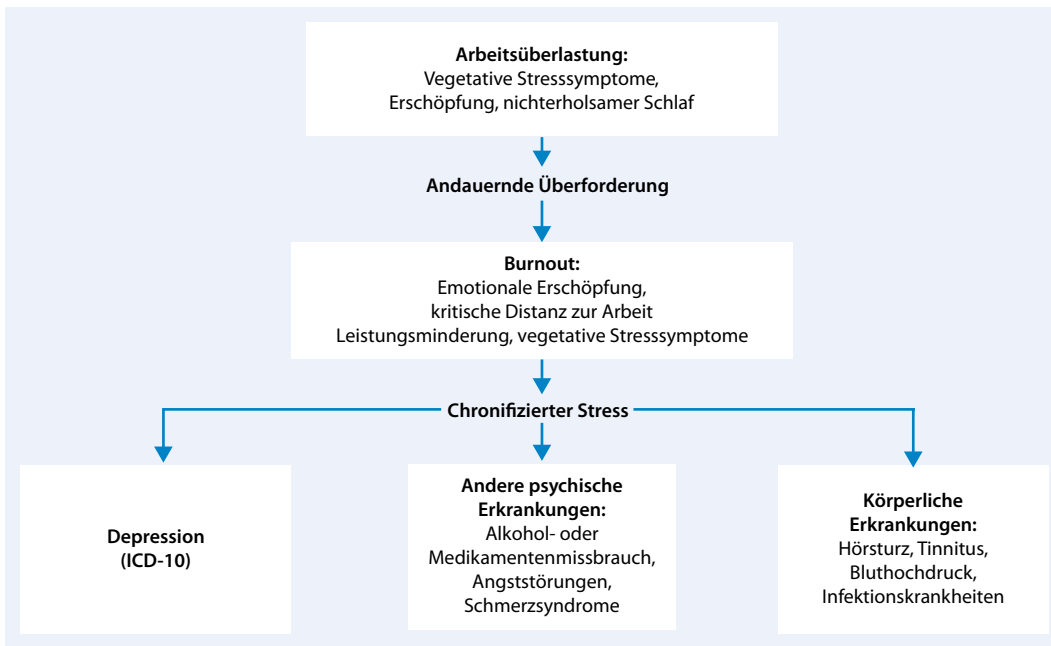
### Keywords

Workplace · Interpersonal relations · Burnout · Models, psychological · Psychotherapy

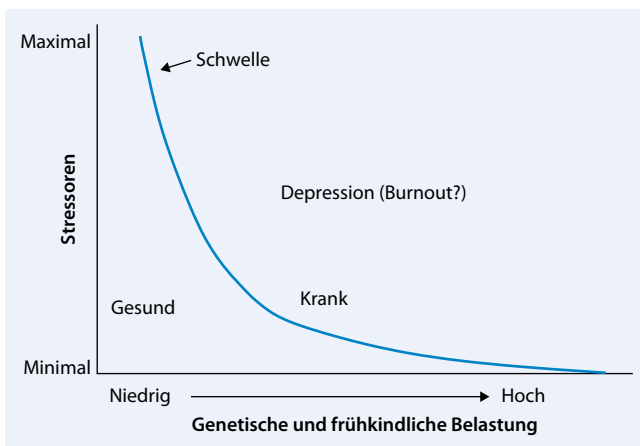
den bisher keine entsprechenden Arbeitsschutzgesetze erlassen, sodass bei den wenigsten Betrieben auf freiwilliger Basis eine Gefährdungsbeurteilung bezüglich psychischer Stressoren erfolgt [19].

Doch die Prävention von Burnout und arbeitsbedingten Depressionen ist nicht allein Aufgabe des medizinischen Ver-

sorgungssystems, sondern auch der Sozialpartner, Politiker, Krankenkassen und Betriebsärzte im Sinne eines innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements. Ebenso ist der Einzelne gefordert, Stressoren und Belastungen entgegenzuwirken und somit seine eigenen gesundheitlichen Ressourcen weniger gefährden. Hier bedarf



**Abb. 2** ◀ Zusammenhang von Arbeitsüberlastung und psychischen oder körperlichen Erkrankungen. (Aus [5], mit freundlicher Genehmigung von Elsevier)



**Abb. 3** ◀ Vulnerabilität-Stress-Modell

es weiterer Forschung, um die Wirksamkeit präventiver Ansätze zu untersuchen.

### Interpersonelle Psychotherapie

#### Ansatz

Hat sich bereits eine depressive Störung im Kontext arbeitsbezogener Probleme entwickelt, bietet sich für diese überwiegend im Arbeitsleben stehende Patientengruppe ein störungsorientierter, auf dem Vulnerabilität-Stress-Modell beruhender Ansatz an, der sich bereits bei anderen psychosozialen Problemfeldern als wirksam erwiesen hat [10]: die interpersonelle Psychotherapie der Depression (IPT, [22, 37]).

Die IPT ist ursprünglich als Kurzzeittherapie für unipolar-depressive Episoden entwickelt worden und setzt an dem Zu-

sammenhang zwischen belastenden psychosozialen Lebensumständen bzw. -ereignissen und dem Auftreten von Depressionen an. Die wichtigsten Merkmale dieser Therapieform sind in **Tab. 2** zusammengefasst.

#### Problemgebiete

Die IPT bezieht sich direkt auf die problematischen interpersonellen Lebensbezüge des Betroffenen, die zur Entstehung der akuten depressiven Episode entscheidend beigetragen haben. Die – abgeleitet aus Forschungsbefunden – klassischen psychosozialen Problemgebiete, für die im Therapiemanual entsprechende Strategien und Ziele vorgegeben werden, sind:

- Rollenwechsel,
- interpersonelle Konflikte,
- komplizierte Trauer oder

- Isolation/Einsamkeit infolge sozialer Defizite.

Ein 5. Problemgebiet „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ wurde von der Arbeitsgruppe der Autoren neu konzipiert und wird derzeit entsprechend den Phasen einer Medikamententestung weiterentwickelt. Gemäß IPT-Prinzipien werden die folgenden 3 Hauptstressquellen berücksichtigt:

*Stressquelle 1:* arbeitsplatzbezogene Veränderungen, Rollenwechsel, Verluste (z. B. neuer Chef, neuer Arbeitsplatz, Veränderung der Arbeitsrolle durch Beförderung, Versetzung, betriebliche Umstrukturierungen, Verlust von unterstützenden Kollegen, körperliche Erkrankung, Alterungsprozess etc.).

*Stressquelle 2:* anhaltende interpersonelle Konflikte am Arbeitsplatz (z. B. Mobbing, Belästigung am Arbeitsplatz, Rollenunklarheiten, Ausnutzung/Missbrauch durch Kollegen oder Vorgesetzte, soziale Isolation, mangelnde soziale Unterstützung, Loyalitätskonflikte, fehlendes Feedback, mangelnde Wertschätzung, Rollenkonflikte etc.).

*Stressquelle 3:* äußere psychosoziale Arbeitsbedingungen (z. B. quantitative und qualitative Arbeitsüberlastung, schwere Arbeit, Schichtarbeit, Überstunden, übermäßige Überwachung, Arbeitsplatzunsicherheit, überhöhte emotionale

Tab. 2 Wichtigste Merkmale der interpersonellen Psychotherapie	
Dauer und Frequenz	Fokussierte, zeitlich begrenzte Kurzzeittherapie 12–20 wöchentliche, 50-minütige Einzelsitzungen
Indikation	Ambulante Patienten mit akuter unipolarer „major depression“ (Beginn der depressiven Episode steht mit belastenden Lebensereignissen im Zusammenhang)
Nicht bzw. weniger indiziert	Patienten mit psychotischen Merkmalen und/oder komorbider Substanzabhängigkeit Patienten mit einer Vorgeschichte von schwerer, komplexer Traumatisierung und/oder ausgeprägter Persönlichkeitsstörung
Anwendung	Monotherapie oder in Kombination mit antidepressiver Medikation
Behandlungsfokus	Psychosoziale und interpersonelle Probleme, die zur depressiven Episode beigetragen haben
Behandlungsziele	Remission der depressiven Symptomatik Reduktion der interpersonellen Belastungen Aufbau bzw. Nutzung eines sozialen Netzwerks
Hintergrund	Primär auf empirischen Befunden zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beruhend Wechselseitiger Zusammenhang zwischen Depression und psychosozialen Geschehen
Zuordnung	Keiner Therapieschule zugeordnet
Sichtweise der Depressionsverursachung	Multifaktorielle Verursachungs- und Vulnerabilitätsfaktoren
Therapeutenrolle	Aktiv, unterstützend, Advokat des Patienten An einem Therapeutenmanual orientiert
Wirksamkeit	Empirisch als wirksam belegt

Anforderungen, neue Computersysteme, mangelndes Zur-Verfügung-Stellen von Ressourcen, mangelnde Entlohnung etc.).

### Behandlungsphasen

Der Ablauf der IPT ist in 3 bzw. 4 Phasen gegliedert:

- die Einführungsphase, die durch die Auseinandersetzung mit der depressiven Symptomatik und der Identifizierung des psychosozialen bzw. interpersonellen Kontextes geprägt ist,
- die mittlere Phase mit der zunächst klärungsbezogenen, dann bewältigungsorientierten Bearbeitung des interpersonellen Problembereiches unter Anwendung der jeweiligen Strategien und
- die Beendigungsphase, in der die akute therapeutische Arbeit reflektiert und abgeschlossen wird.

Häufig schließt sich eine länger dauernde Erhaltungsphase mit niederfrequenten Sitzungen an, in denen vorwiegend phasenprophylaktisch an potenziellen Auslösern aus einem oder mehreren der oben genannten Problembereiche gearbeitet wird.

### Problembereich „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“

Wie für die klassischen IPT-Problembereiche werden auch beim Fokus „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ im Behandlungsmanual allgemeine Therapieziele und Strategien vorgegeben. Diese werden dann im Behandlungsvertrag mit individuellen Zielen ergänzt (im Bereich „work-life balance“: z. B. 3-mal/Woche an einem Yoga- oder Tanzkurs teilnehmen). Die Ziele stellen generell den interpersonellen (vs. intrapsychischen) Kontext in den Vordergrund. Beispielsweise sollte beim Aufbau von Regenerationsquellen auf solche Aktivitäten geachtet werden, die stützende soziale Kontakte beinhalten. Das therapeutische Vorgehen ist dabei integrativ und betont ressourcenorientiert.

### Therapieziele und Therapiestrategien. Ziel ist die Entlastung von Arbeitsstressoren durch:

- Rollen- und Konfliktklärung,
- Fördern arbeitsbezogener interpersoneller Kompetenzen,
- Nutzen von sozialer Unterstützung,
- Finden einer Balance zwischen Veränderungsmöglichkeiten (Erkennen von Handlungsspielräumen) und Ak-

zeptanz (im Sinne einer Reduktion von perfektionistischen Erwartungen) der Arbeitsbedingungen,

- Nutzen von Regenerationsmöglichkeiten in Arbeitsalltag und Freizeit (im Sinne einer Work-life balance);
- Einbeziehen organisationsbezogener Maßnahmen.

Die Therapiestrategien der IPT beziehen sich bereits in der Anfangsphase auf den jeweiligen Fokus. Beim Problembereich „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ ist es besonders relevant, neben dem aktuellen Lebenskontext eine genaue Analyse der Arbeitssituation mit positiven und belastenden Faktoren (sog. Energiefresser) vorzunehmen.

### Dem persönlichen Risikoprofil werden individuelle arbeitsbezogene Ressourcen gegenübergestellt.

Dieses Prinzip des In-Relation-Setzens von positiven und negativen Aspekten zieht sich durch die Bearbeitung sämtlicher IPT-Problembereiche und trägt der Beobachtung Rechnung, dass depressive Patienten in ihrer Wahrnehmung meist auf negative Aspekte eingengt sind. Unter demselben Gesichtspunkt sind die ausführliche arbeitsbezogene Ressourcenanalyse und eine Analyse des objektiven Tätigkeitsspielraums zu sehen. Letzterer wird nämlich, wie bereits erwähnt, laut einer Studie von Rau et al. [32, 33] von depressiven Personen vornehmlich subjektiv als eingeschränkt empfunden.

Die Arbeitssituation des Patienten wird im Gesamtbild seines Lebensbezugs betrachtet, woraus sich üblicherweise ergibt, dass Stress bei der Arbeit auch Belastungen in anderen Bereichen bedingt (z. B. dauerhaft unfreiwillige Überstunden haben negative Auswirkungen auf die Partnerschaft) oder umgekehrt Stress am Arbeitsplatz in anderen Lebensbereichen abgefedert oder kompensiert werden kann. Deswegen sollte beim Festlegen des IPT-Fokus mit dem Patienten eine Hierarchie von Belastungsfeldern und Zielen ausgehandelt werden. Erfahrungsgemäß verbessern sich nichtarbeitsbezogene Stressoren in dem Maß, wie die arbeitsbezogenen Belastungen bearbeitet und aufgelöst werden. Auch eine neue Studie legt



## Infobox 1 Zusammenwirken von Risikofaktoren

### Interpersonell-personenbezogene Risikofaktoren

Mangelnde soziale Unterstützung, reduzierte Widerspruchsfähigkeit gegenüber anderen, hohe Verausgabungsbereitschaft für andere (sich für Arbeitgeber oder Kollegen zu „opfern“), hohe Bereitschaft zu Mehrleistung und Selbstaussbeutung; Neigung zu Perfektionismus, übermäßigem Verantwortungsgefühl und Selbstüberforderung („over-commitment“), mangelnde Abgrenzungsfähigkeit; defensiver, passiver Bewältigungsstil, reduzierte Stresstoleranz, emotionale Labilität; geringes Selbstbewusstsein und hohe Kränkbarkeit; rigide, unflexible Denkmuster, externe Kontrollüberzeugungen, mangelnder Ausgleich („Life-work imbalance“), unsicher-ängstlicher, vermeidender oder ambivalenter Bindungsstil.

### Beeinträchtigende interpersonelle und strukturelle Bedingungen am Arbeitsplatz/Tätigkeitsfeld

#### Schädigendes Verhalten von Mitmenschen am Arbeitsplatz

Zum Beispiel überhöhte Kontrolle, Kritik oder Kränkungen durch Vorgesetzte oder Kollegen; mangelndes Vertrauen, Lob und Wertschätzung, enttäuschte Erwartungen und Eigenverantwortung durch Vorgesetzte und Kollegen; Rollenkonflikte, Rollenunklarheiten, Rollenüberlastung; Loyalitätskonflikte; fehlende Kooperation und Austausch mit Kollegen/Vorgesetzten; Isolation am Arbeitsplatz; unzureichende Kommunikationsgewohnheiten, mangelnde Transparenz, mangelndes Feedback.

#### Schädigende Arbeitsbedingungen

Zum Beispiel unklare oder ständig wechselnde Aufgabenzuteilungen, mangelnde Begrenzung der Arbeitszeiten (ständige Erreichbarkeit); unklare Rollen am Arbeitsplatz; Überforderung, aber auch Unterforderung; übermäßig kontrollierte und getaktete Arbeitsorganisation, perfektionsorientierte Arbeitsbedingungen, eingeschränkter Handlungsspielraum, Übermaß an Verantwortlichkeit, Unterforderung, Eintönigkeit.

die gleichzeitige Berücksichtigung nicht-arbeitsbezogener Probleme nahe [9]. Die Therapie sollte aber ebenfalls – ganz in der Tradition des sozialarbeiterischen Aspekts bei der IPT – u. a. durch enge Ko-

operation mit den Arbeitsinstitutionen und Betriebsärzten verstärkt auf die äußeren sowie interpersonellen Arbeitsstressoren eingehen.

#### Ablauf. *Initiale Phase:*

- Analyse der Arbeits- bzw. Tätigkeits-situation (bezüglich Anforderungen, Veränderungen, Konflikten, sozialer Unterstützung),
- Analyse des Organisations- und interpersonellen Risikoprofils (■ **Infobox 1**),
- Erstellung eines Ressourcenportfolios,
- Erhebung des Belastungsgrads und Ausgleichspotenzials einzelner Lebensbereiche (Work-life balance, Achtsamkeitsstrategien),
- Festlegung des Fokus und einer Hierarchie der Interventionsbereiche mit Zielbestimmung bzw. Behandlungsvertrag.

*Mittlere Phase:* In der mittleren Phase entscheiden Therapeut und Patient, ob mit der Bearbeitung von Rollenveränderungen oder auch zwischenmenschlichen Konflikten am Arbeitsplatz begonnen wird. Alle Strategien zielen letztendlich auf Grundlage des Vulnerabilität-Stress-Modells auf eine Zunahme von Stressbewältigungskompetenzen auf verschiedenen Ebenen (z. B. auf der *interpersonellen Ebene* Lösungen zu verhandeln, auf der *individuellen Ebene* Erwartungen zu reduzieren und eigene Ressourcen zu stärken, auf der *strukturellen Ebene* Arbeitszeitreduktion etc.) ab. Ähnlich wie bei der ursprünglichen Konzeption des Fokus Rollenwechsel werden alte mit neuen Rollen abgeglichen und nach kraftraubenden sowie kraftgebenden Aspekten, nach Verlusten und Möglichkeiten/Chancen beleuchtet. Diese Strategie dient – ebenso wie das Identifizieren von Werten und Erwartungen – dazu, die persönliche Motivation zu klären, um klar kommunizieren zu können, was der Betroffene von anderen Menschen möchte (z. B. bei Gratifikationskrisen). Hieraus ergeben sich Hilfestellungen, diese persönlichen Ziele unter Einbeziehen sozialer Unterstützung mithilfe eingeübter Kommunikationsstrategien zu erreichen. Gerade im Arbeitsbereich gilt es, die unterschiedliche Kommunikationsweise und -regeln bei Männern

und Frauen zu berücksichtigen. Ein entscheidender Ansatzpunkt stellt auch die Selbstfürsorge im Sinne der Work-life balance dar, die insbesondere durch sportliche und naturbezogene Aktivitäten im sozialen Kontakt mit einer Person oder einer Gruppe gefördert werden sollte.

Wie im Folgenden aufgelistet, wird im Bereich von interpersonellen Konflikten am Arbeitsplatz die Hauptaufmerksamkeit auf die detaillierte Konfliktanalyse und auf Kommunikationsstrategien zur Mediation des Disputs gerichtet. Ein Einbeziehen von relevanten Ansprechpersonen an der Arbeitsstelle für einige Sitzungen ist im Verlauf der Therapie vorgesehen.

Arbeitsplatzbezogene Veränderungen und Bedingungen:

- Alte Rollen/Bedingungen mit neuen Rollen in Relation setzen (positive/negative Aspekte),
- Werte und Erwartungen identifizieren, Gefühle und persönliche Motivation klären und kommunizieren,
- Rollen klären,
- soziale Unterstützung organisieren, soziale Fähigkeiten trainieren,
- Lösungsstrategien (allgemeine arbeitsbezogene Kompetenzen) fördern,
- Ausgleich schaffen (z. B. eigene Grenzen der Belastbarkeit neu definieren/festlegen, Festsetzen „heiliger“ privater Termine, Auszeiten, Regeneration und Selbstfürsorge).

Konflikte am Arbeitsplatz:

- Stadium des Konflikts bestimmen,
- Worum geht es in dem Konflikt (Werte, Erwartungen, Gefühle)?
- Kommunikations- und Mediationsstrategien sowie sozialer Fähigkeiten trainieren,
- Lösungsstrategien (allgemeine interpersonelle Kompetenzen) fördern.

*Beendigungsphase:* Die Beendigungsphase der IPT entspricht dem üblichen Vorgehen und beinhaltet das Zusammenfassen der therapeutischen Fortschritte, das Thematisieren der Gefühlslage bezüglich des Abschiednehmens sowie einen Notfallplan bei zukünftiger Verschlechterung.

*Nachsorge:* Die durchdachte Nachsorge nach der Akutbehandlung einer arbeits-

bedingten Depression ist entscheidend, um den Therapieerfolg fortzusetzen und Rückfälle zu verhindern. Das so genannte Hamburger Modell, das eine stufenweise Wiedereingliederung von Betroffenen in das Arbeitsleben vorsieht, berücksichtigt in Kooperation zwischen Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Arzt die Erfordernisse und Ansprüche eines Patienten nach längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.

## Schlussfolgerungen

Die IPT als depressionsspezifischer Ansatz erscheint bei arbeitsbedingten Depressionen als geeignete Methode, die die Möglichkeit beinhaltet, arbeitsplatzbezogene Themen explizit zu benennen, in einen interpersonellen und psychosozialen Kontext zu setzen sowie mit gezielten Strategien unter Einbezug des empirischen und klinischen Wissens zu der Thematik arbeitsbezogenen Stresses (wie oben ausgeführt) zu therapieren. Dabei darf die Einbeziehung der Merkmale der Arbeit und der Organisation nicht zu kurz kommen, sonst kann eine einseitige Verhaltensänderung des Patienten resultieren, die sogar kontraproduktiv sein kann, beispielsweise wenn die Arbeitsverhältnisse objektiv nicht tolerierbar sind. Das heißt, es muss eine ausgewogene Regulation von Verhältnis- und Verhaltensprävention erfolgen. Dazu müssten Psychotherapeuten sich jedoch noch mehr arbeitspsychologisches Wissen (einschließlich Wissen über Arbeitsgestaltung) aneignen. Außerdem sollte der Bereich arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen in die Ausbildungscurricula der Psychotherapeuten aufgenommen werden.

Abschließend bleibt festzustellen, dass trotz umfangreicher Studien zum Zusammenhang von Arbeit und Depression weiterer Forschungsbedarf besteht. So fehlen insbesondere Studien, die Arbeitsbelastungen unabhängig von den Untersuchungsteilnehmern messen, und Studien, die Depressionen mit anerkannten Instrumenten als klinische DSM- oder ICD-Diagnose erfassen. Im psychotherapeutischen Bereich fehlen spezifische Ansätze, wie die IPT, bei der auch noch eine weitere Erforschung der Wirksamkeit des

5. IPT-Problembereichs „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ aussteht.

## Fazit für die Praxis

- **Arbeitsbedingter Stress als Auslöser depressiver Erkrankungen sollte angesichts zunehmender Arbeitsanforderungen besondere Berücksichtigung finden.**
- **Sowohl die sorgfältige Analyse sowohl des psychosozialen und interpersonellen Arbeitskontextes als auch die Betrachtung der äußeren Arbeitsbedingungen auf einer strukturellen Ebene sind für die weitere psychotherapeutische Behandlung wichtig.**
- **Die IPT der Depression liefert – basierend auf dem Vulnerabilität-Stress-Modell – ein brauchbares Konzept, um im Rahmen des Problemfokus „arbeitsbezogener Stress und Burnout-Erleben“ Rollenwechsel und Konflikte am Arbeitsplatz, aber auch äußere stressbehafte Arbeitsbedingungen systematisch aufzugreifen und in Zusammenhang zu der depressiven Symptomatik zu setzen.**

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. E. Schramm

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Psychotherapieforschung in der Psychiatrie, Universitätsklinikum Freiburg Hauptstr. 5, 79104 Freiburg  
Elisabeth.Schramm@uniklinik-freiburg.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E et al (2007) The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 88:55–62
2. Bonde JPE (2008) Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 65:438–445
3. Bender A, Farvolden P (2012) Depression and the workplace: a progress report. *Curr Psychiatry Rep* 17:41–53
4. Berger M, Calkers D van, Brakemeier E-L, Schramm E (2011) Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen*, 4. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München

5. Berger M, Berner M, Schramm E (2012) Burnout. Online-Kapitel. In: Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen*. Elsevier, Amsterdam
6. Berger M, Schneller C, Maier W (2012) Arbeit, psychische Erkrankungen und Burnout. *Nervenarzt* 11:1364–1372
7. BOHRF (2005) *Workplace interventions for people with common mental health problems: evidence review and recommendations*. British Occupational Health Research Foundation, London
8. Burisch M (2010) *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
9. Clark C, Pike C, McManus S et al (2012) The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 42:829–842
10. Cuijpers P, Geraedts AS, Oppen P van et al (2011) Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 168:581–592
11. Lange AH de, Taris TW, Kompier MAJ et al (2003) „The very best of the millennium“: longitudinal research and the demand-control-(support) model. *J Occup Health Psychol* 8:282–305
12. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012) Positionspapier zum Thema Burnout. <http://www.dgppn.de>
13. Hansson M, Chotai J, Bodlund O (2010) Patients' beliefs about the cause of their depression. *J Affect Disord* 124:54–59
14. Heinisch D, Jex S (1997) Negative affectivity and gender as moderators of the relationship between work-related stressors and depressed mood at work. *Work Stress* 11:46–57
15. Hillert A, Lehr D, Koch S et al (2012) Lehrergesundheit. AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf. Schattauer, Stuttgart
16. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M et al (2006) The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res* 61:59–66
17. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G (2013) The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 75:209–221
18. Jackson SE, Schuler RS (1985) A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organ Behav Hum Decis Process* 36:16–78
19. Kamp L, Pickshaas K (Hrsg) (2011) *Regelungslücke psychische Belastungen schließen*. <http://www.boeckler.de>
20. Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York
21. Kawakami N, Araki S, Kawashima M et al (1997) Effects of work related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 23:54–59
22. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B et al (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
23. Korczak D, Kister C, Huber B (2010) *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*, Bd 105. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln
24. Limm H, Gündel H, Heinmüller M et al (2011) Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 68:126–133

25. Lohmann-Haislah A (2012) Stressreport Deutschland. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
26. Lorant V, Deliege D, Eaton W et al (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 157:98–112
27. Maslach C, Leiter MP (2001) Die Wahrheit über Burnout. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
28. Möller-Leimkühler AM (2009) Männer, Depression und männliche Depression. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77:412–422
29. Netterstrom B, Conrad N, Bech P et al (2008) The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev* 30:118–132
30. Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A et al (2008) Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*:CD006237
31. Renzaho AM, Houg B, Oldroyd J et al (2013) Stressful life events and the onset of chronic diseases among Australian adults: findings from a longitudinal survey. *Eur J Public Health*. DOI 10.1093/eurpub/ckt007
32. Rau R, Morling K, Rösler U (2010) Is there a relationship between major depression and both objective assessed and perceived job demand and job control? *Work Stress* 24:1–18
33. Rau R, Gebele N, Morling K, Rösler U (2010) Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
34. Rösler U, Jacobi F, Rau R (2006) Work, mental disorders and major depression in a German national representative sample. *Work Stress* 20:234–244
35. Schneider D, Zobel I, Härter M et al (2007) Wirkt die Interpersonelle Psychotherapie besser bei Frauen als bei Männern? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 58:23–31
36. Schramm E, Calker D van, 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
37. Schramm E (2010) Interpersonelle Psychotherapie, 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart
38. Siegrist J (1996) Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1:27–41
39. Siegrist J (2008) Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258(Suppl 5):115–119
40. Siegrist J (2013) Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt* 84:33–37
41. Stansfeld SA, Candy B (2006) Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32:443–462
42. Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M et al (2007) Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord* 98:189–197
43. Walter U, Krugmann CS, Plaumann M (2012) Burnout wirksam präventieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierte Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt* 55:172–182
44. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL (2009) Interpersonelle Psychotherapie – Ein Behandlungslleitfaden. Hogrefe, Stuttgart

**M. Linden, B. Strauß (Hrsg.)  
Risiken und Nebenwirkungen  
von Psychotherapie**  
Erfassung, Bewältigung, Risiko-  
vermeidung  
MWV 2013, 199 S., (ISBN 978-3-941468-64-1),  
brosch., 34.95 EUR

Im Gegensatz zur Pharmakotherapie sind Nebenwirkungen von Psychotherapie bislang weder in der Aus- und Weiterbildung noch in der Therapieforschung besonders beachtet worden. Dies mag zum einen durch einen Wahrnehmungsbias seitens der Psychotherapeuten begründet sein, indem die eigene Leistung als überdurchschnittlich eingeschätzt wird und unerwünschte Ereignisse beim Patienten (z. B. Trennung) als Erfolg interpretiert werden. Zum anderen liegt keine eindeutige Definition von psychotherapeutischen Nebenwirkungen vor. Oft werden diese als therapeutisches Fehlverhalten oder Therapieineffektivität verstanden.

Linden und Strauß haben nun ein Buch herausgegeben, das sich diesem Thema umfassend widmet. Darin wird zunächst eine Definition von Nebenwirkungen vorangestellt, nämlich unerwünschte, in der Regel unvermeidbare Ereignisse, die therapiebedingt und Folgen einer ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapie sind. Damit werden sie von Fehlverhalten, Misserfolgen, krankheitsbedingten Verschlechterungen und unerwünschten Ereignissen, die nicht im Zusammenhang mit der Therapie stehen, abgegrenzt. Es folgen in 13 Kapiteln u. a. empirische Befunde zu diesem Thema und Darstellungen typischer Risiken von Verhaltenstherapie, psychodynamischen und Gruppentherapien. Juristische und sozialmedizinische Belange werden erörtert und Patientenbeschwerden über Nebenwirkungen berichtet. Abschließend werden Erhebungsmöglichkeiten für Nebenwirkungen, präventives Therapeutenverhalten und Prophylaxe durch Aus- und Weiterbildung und Supervision vorgestellt. Auch Risiken und Nebenwirkungen des Therapeutenberufs für den tätigen Therapeuten selbst werden geschildert. Die einzelnen Kapitel bieten zum Ende jeweils ein Fazit oder einen Ausblick und ein umfangreiches Literaturverzeichnis. Teilweise sind wichtige Textpassagen besonders herausgestellt. Als ein wichtiger Punkt erscheint den Autoren ein fehlerfreundlicher

Umgang mit Nebenwirkungen, um das Thema konstruktiv in Therapien und Forschung einbringen zu können. Therapeuten sollen ihre Patienten vor Therapiebeginn über mögliche Risiken (z. B. als leichte Nebenwirkung Weinen, als schwere Nebenwirkung Probleme am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft) aufklären und während einer Therapie unerwünschte Ereignisse zur Kenntnis nehmen und auf ihren Zusammenhang zur Therapie überprüfen.

In den Kapiteln werden viele einzelne Studien, Beispiele von Nebenwirkungen aus Therapien und im Kapitel zu rechtlichen Aspekten auch konkrete Urteile geschildert. Die Definition von Nebenwirkungen wird nicht in allen Kapiteln stringent verwendet. Häufig fokussieren die Autoren auf tatsächliches therapeutisches Fehlverhalten (z. B. sexueller Missbrauch) und dessen Folgen für Patienten statt auf Nebenwirkungen und den Umgang damit. Zwar gelingt so eine Integration dieses Themas in allgemeine Therapierichtlinien. Jedoch wären mehr Hinweise zu konkreten Vorgehensweisen bei Nebenwirkungen sinnvoll. Eine Rating-Skala zur Erhebung unerwünschter Ereignisse im Rahmen einer Therapie wird vorgestellt, die geeignet erscheint für eine Verwendung im therapeutischen Kontext. Dadurch kann insbesondere erreicht werden, Nebenwirkungen überhaupt als solche wahrzunehmen. Auch die Kapitel zu den spezifischen Risiken einzelner Therapieverfahren sind über die Therapieschulen hinaus für Therapeuten von Interesse. Insgesamt wird das Thema Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie sowohl aus Forschungs- als auch aus Praxisperspektive hinreichend abgedeckt. Eine konsequentere Trennung von therapeutischem Fehlverhalten wäre aber wünschenswert, um die Bedeutung dieses Themas noch deutlicher herauszustellen.

*F. Hölscher (Aachen)*