

Arbeitsängste und ihre Behandlung in der medizinischen Rehabilitation – Handwerkszeug für Fähigkeitentrainings und Psychotherapie

Work-Anxieties and their Treatment in Medical Rehabilitation – Hand Tools for Capacity Training and Psychotherapy

Autor

B. Muschalla

Institut

Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin

Schlüsselwörter

Arbeitsängste, Arbeitsplatz, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation MBOR, Arbeitsfähigkeit, Gruppen

Key words

work-anxiety, workplace, vocational rehabilitation, work ability, group treatment

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-118578>
Rehabilitation 2017; 56: 38–46

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Beate Muschalla
Institut für Psychologie
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
beate.muschalla@gmx.de

ZUSAMMENFASSUNG

Arbeitsbezogene Ängste gehen oft mit Arbeitsplatzproblemen einher oder mit Langzeitarbeitsunfähigkeit. Psychopathologisch-differenzialdiagnostisch können arbeitsbezogene Sorgenängste, phobische Ängste,

Insuffizienzängste und krankheitsbezogene Ängste unterschieden werden. Eine Evaluation arbeitsorientierter Behandlungsansätze zeigte, dass die Beschäftigung mit dem Thema Arbeit während einer stationären Reha für den weiteren Verlauf günstig wirkt. In arbeitsbezogenen Fähigkeiten-Trainings oder einer verhaltenstherapeutischen Behandlung können typische Alltagsphänomene am Arbeitsplatz geübt werden (Selbstpräsentation, Soziale Spielregeln im Rudel, Arbeitsorganisation und Problemlösen, Umgang mit chronischer Erkrankung und Beeinträchtigung). Initiatives Verhalten und Kommunikation (dem Chef verständlich machen was das Problem ist) sind hilfreich, ebenso wie ggf. Erwartungskorrekturen und Normalisierung von alltäglichen Arbeitsproblemen (Alltagskonflikte und Anforderungen dürfen vorkommen und sind normal).

ABSTRACT

Work-anxieties are often going along with workplace problems and long-term sick leave. Psychopathologically, different qualities of work anxiety can be distinguished: worrying, phobic anxiety, health-related anxiety, anxiety of insufficiency. An evaluation of a work-anxiety treatment showed that confronting patients with the topic work during medical rehabilitation leads to a better course. In work-oriented capacity trainings or behavior therapy groups, coping with everyday phenomena at work may be trained (self-presentation, social rules, work organization and problem solving, coping with chronic illness and impairment conditions). Active coping and communication (explaining impairment to the supervisor and occupational physician for making problem solving possible) are helpful. In some cases, correction of expectations must be done, and normalizing everyday work problems (conflicts and achievement requirements are normal at work, work does not make happy all the time).

Arbeit und psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. In der Allgemeinbevölkerung leiden etwa 30 % der Menschen an einer psychischen Erkrankung [1]. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben Beeinträchtigungen in der Lebensbewältigung, insbesondere in Lebensbereichen, die wenig Toleranz für Normabweichungen haben, wie am Arbeitsplatz [2]. Patienten in der medizinischen Rehabilitation kommen häufig mit vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeitszeiten, und mit dem Ziel bzw. Auftrag die berufliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu prüfen und zu verbessern.

Arbeit ist auf der einen Seite eine wichtige Ressource im Leben, die für viele Menschen nicht nur Lohnernwerb, sondern auch sozia-

le Einbindung, Anerkennung und Identitätsstiftung bedeutet. Es gibt jedoch an Arbeitsplätzen naturgemäß auch eine Reihe von Faktoren, die u.U. Ängste forcieren können – bei Gesunden und erst recht bei Menschen mit psychischen Erkrankungen [3, 4]. Diese potentiellen „Bedrohungsfaktoren“ sind beispielsweise Rivalitäten, Rankämpfe bis hin zu Mobbing unter Kollegen [5, 6], sanktionierende und überwachende Vorgesetzte [7], Mitarbeiterankings [8], Computer-Monitoring von Mitarbeitern [9–12], Unfallgefahren [13], sowie Ungewissheiten, was an betrieblichen Neuerungen oder gar Arbeitsplatzunsicherheit auf einen zukommen mag [14].

Arbeitsängste sind spezifische auf den Arbeitskontext bezogene Ängste, die von anderen Angsterkrankungen klinisch wie in em-

pirischen Studien abgrenzbar sind [3, 4, 15–17]. Unter psychisch gesunden Berufstätigen berichteten etwa 5 %, dass sie sich auch schon einmal wegen unerträglicher Probleme am Arbeitsplatz hatten krankschreiben lassen [18]. Untersuchungen in der psychosomatischen und somatischen Rehabilitation seit 2004 zeigen, dass etwa 30–60 % der Patienten in der medizinischen Rehabilitation von Arbeitsängsten betroffen sind [3, 4]. Arbeitsängste können im Rahmen einer psychischen Grunderkrankung vorkommen, oder aber auch als eigenständige Syndrome [3, 4]. Die Krankheitswertigkeit spezifischer Arbeitsängste begründet sich vor allem aus den sozialmedizinischen Konsequenzen (Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentung) [3, 4, 16, 19].

In diesem Beitrag werden langjährig evaluierte (differenzial-)diagnostische Aspekte von Arbeitsängsten vermittelt [3, 4, 17, 20]. Außerdem wird das Vorgehen für Fähigkeitstrainings und die verhaltenstherapeutische Behandlung von Arbeitsängsten konkret anwendungsbereit dargestellt, auf Basis empirischer Evaluationen [21–23]. Arbeitsängste und ihre Behandlung sind in allen Indikationen in der medizinischen Rehabilitation von Bedeutung, in denen die Beschäftigung mit beruflicher Wiedereingliederung indiziert ist [3, 4, 21].

Was sind Arbeitsängste und mit welchen typischen Problemen gehen sie bei der Arbeit einher?

Ängste sind meist stimulusbezogen. Arbeitsängste sind Ängste, die sich auf den Arbeitsplatz oder die Arbeit beziehen. Sie können auf spezielle Arbeitssituationen oder -anforderungen, Kollegen oder Vorgesetzte bezogen sein, oder auf den Arbeitsplatz oder die Arbeitswelt als Ganzes [3, 4]. Arbeitsängste können am Arbeitsplatz, oder auch bei Gedanken an [17] oder beim Reden über den Arbeitsplatz sichtbar werden. In vielen Fällen führen sie zu Vermeidungsverhalten in Form von Arbeitsunfähigkeit. Betroffene wirken z. T. gesund, solange man nicht das Thema „Arbeit“ mit ihnen anspricht. Arbeitsängste sind dann als krankheitswertig einzuschätzen, wenn sie im Arbeits- oder Lebensalltag bei den Betroffenen zu deutlichem Leiden oder beobachtbaren Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen führen [3, 15, 16]. Beispielsweise bleibt ein Patient mit sozialer Angst der Teamsitzung fern, ein Patient mit Sorgenangst (im Sinne generalisierter Angst) macht Überstunden und hat keine Zeit mehr für die Familie, oder ein Patient der aufgrund von Arbeitsängsten langzeitarbeitsunfähig ist, verliert seinen Job. Patienten mit Arbeitsängsten sind deutlich länger arbeitsunfähig als Patienten mit herkömmlichen nicht-arbeitspezifischen Angsterkrankungen oder Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen [3, 16].

Psychopathologisch müssen analog zu den bekannten Angstqualitäten (ICD-10 [24], DSM-V [25]) verschiedene Formen von Arbeitsängsten unterschieden werden. Diese Arbeitsängste sind in verschiedenen unabhängigen empirischen Studien beobachtet und validiert worden [3, 4, 16–19, 26, 27].

- **Situationsbezogene phobische Ängste** sind Ängste vor bestimmten Arbeitsanforderungen, -aufgaben, -orten. Die Ängste äußern sich in angstvollen Kognitionen, und Vermeidungsverhalten in Bezug auf die angstauslösende Situation. Solche Ängste können gelernt sein (bspw. Angst vor der Arbeit

mit einem speziellen Computerprogramm, nachdem ein folgeschwerer Fehler passiert ist). Die schlimmste Form phobischer Arbeitsangst ist die Arbeitsplatzphobie [3, 4, 16], die sich durch vegetatives Angstarousal allein beim Gedanken an den Arbeitsplatz charakterisiert [17]. Betroffene versuchen häufig den Arbeitsplatz komplett zu vermeiden, in der Regel mittels Arbeitsunfähigkeit.

- **Arbeitsbezogene soziale Ängste** können sich darauf beziehen, sich vor dem Vorgesetzten oder Kollegen bei der Arbeit zu blamieren, in einer Besprechungsrunde angesehen zu werden, einen Vortrag vor der Belegschaft zu halten. Erfahrungsgemäß sind soziale Ängste häufig sehr beeinträchtigend, da soziale Situationen wie formelle und informelle Besprechungen oder Präsentationen an fast allen Arbeitsplätzen von Bedeutung sind. Manche Betroffene entwickeln auch kontraphobisches Verhalten und fallen durch unangemessene Interaktion auf (zu viel oder zu schnell reden, ins Wort fallen). Informelle Small-Talk-Situationen bis hin zu wichtigen Teamsitzungen oder die Übernahme von Vorträgen werden vermieden. Soziale Ängste können zum einen als angeborene sozialphobische Angst (Blickphobie [28]) bei der Arbeit hinderlich werden. Sie können zum anderen als gelernte Angstreaktionen auftreten, etwa nach einem heftigen Konflikt mit einem bestimmten Vorgesetzten oder Kollegen.
- **Arbeitsbezogene Insuffizienzängste** sind charakterisiert durch eine verzerrte Selbstwahrnehmung und Überzeugungen wie bspw. „es nicht zu schaffen“, oder „zu dumm zu sein“. Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und dem wahrgenommenen Leistungsniveau, oder eine Unfähigkeit, sich auf ein indiziertes Training zur Leistungssteigerung einzulassen. Insuffizienzängste kommen häufig im Rahmen (abklingender) depressiver Episoden vor [3]. Es kommt ggf. zu Situationen, in denen Therapeuten nach Beobachtungsbefund Patienten gerne mit stufenweise Wiedereingliederung (SGB IX § 28, SGB V § 74) ins Arbeitsleben zurückschicken möchten, Patienten sich dies aber noch nicht zutrauen und vermeidungsbedingt eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit ersuchen.
- **Arbeitsbezogene hypochondrische Ängste und krankheitsbezogene Ängste** sind durch das Leitsymptom der Vermeidung von potentiell gefährlichen Orten, Aufgaben und -anforderungen bei der Arbeit gekennzeichnet. Bei hypochondrischen Ängsten besteht kognitiv häufig eine ausgeprägte Überzeugung „durch die Arbeit krank zu werden/krank geworden zu sein“. Krankheitsbezogene Ängste beziehen sich auf eine tatsächlich bestehende körperliche Erkrankung und die Befürchtung, aufgrund dieser Erkrankungen nicht arbeiten zu können, oder nur unter Verschlimmerung der Erkrankung arbeiten zu können. In Fällen krankheitsbezogener Ängste ist eine sorgfältige Differenzierung von tatsächlicher körperlicher Leistungsfähigkeit und Ängsten vorzunehmen [3, 29].
- **Arbeitsbezogene Sorgenängste** sind Ängste im Sinne von „Worrying“ [22, 30] wie bei einer generalisierten Angsterkrankung. Betroffene machen sich ständig Gedanken und Sorgen um zukünftige potentielle auf sie zukommende Probleme und Katastrophen. Sorgenthemen sind nicht unbedingt „große Probleme“, sondern Alltagskleinigkeiten (z. B. Ist der Drucker

ausgeschaltet? Bereitet die Kollegin die Präsentation der Arbeitsgruppe ordentlich vor? Stimmt die Abrechnung nach der zweiten Nachkontrolle durch den Kollegen? Wie wird die neue Chefin der Nachbarabteilung sein, die in 4 Wochen anfängt? Warum hat mich der Chef nicht bei der Email xy ins cc gesetzt?), die sich kumulieren und bei Betroffenen zu Daueranspannung und stetigem Aktionismus führen, Probleme vorab zu lösen.

Die Unterscheidung dieser verschiedenen Angstformen ist für die Behandlung von großer Bedeutung. Verschiedene Arbeitsängste hängen auch in unterschiedlicher Weise mit Beeinträchtigungen und Arbeitsunfähigkeit zusammen: Während Arbeitsplatzphobiker häufig lange arbeitsunfähig sind [3, 16] oder gar bereits den Arbeitsplatz verloren haben, bleiben Menschen mit Sorgenangst oft auch in desolatem Zustand am Arbeitsplatz, da sie die Ungewissheitsgefühle, die sich bei Abwesenheit erleben würden, nicht aushalten können [3, 31].

Behandlungsebenen bei Arbeitsängsten

Arbeitsängste haben aufgrund ihrer schwerwiegenden sozialmedizinischen Folgen und dem existenziell bedeutsamen Stimulus eine eigenständige Krankheitswertigkeit [3]. Sie können im ICD-10 als Angsterkrankung verschlüsselt werden, bspw. als F 41.8 Arbeitsbezogene Angst. Die Psychopathologie sollte dabei spezifiziert werden, z. B. arbeitsbezogene Insuffizienzangst, arbeitsbezogene Sorgenangst, Arbeitsplatzphobie. Arbeitsängste benötigen spezifische Behandlung. Anders als bei herkömmlichen Angsterkrankungen lassen sich bei Arbeitsängsten jedoch schwer kontrollierte gestufte anonyme Expositionen in vivo durchführen. Eine konkrete arbeitsbezogene Behandlung ist jedoch notwendig um dem arbeitsbezogenen Vermeidungsverhalten entgegenzuwirken.

Therapeutische Maßnahmen bei Arbeitsplatzängsten beziehen sich – wie bei anderen Angsterkrankungen auch – zum einen auf die Reduktion von Leiden und Symptomatik, zum anderen auf die Wiederherstellung der Bewältigungsfähigkeiten im Alltag [3, 21–23]. Bei den Arbeitsplatzängsten sind also vor allem die Bewältigungsfähigkeiten bei der Arbeit relevant. Daher hat die Behandlung immer auch die Krankheitsfolgenproblematik und sozialmedizinische Aspekte im Fokus. Grundsätzlich gilt, dass – unabhängig von einer möglicherweise attestierten Arbeitsunfähigkeit – möglichst frühzeitig eine konsequente und sachkundige Therapie gegen ein phobisches Vermeidungsverhalten bzgl. des Arbeitsplatzes eingeleitet werden sollte [20]. Dies kann auch im Rahmen einer kurzen somatischen Rehabilitation geschehen [21, 27].

Mit Blick auf eine moderne multimodale Behandlung die auf Gesundheitsprobleme im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF eingeht [29, 32] kann die Behandlung von Arbeitsängsten auf 3 verschiedenen Ebenen ansetzen [21, 33]:

1. Im Hinblick auf die Psychopathologie, d. h. die Funktionsstörung, ist das Ziel die Angstsymptomatik zu reduzieren [22].
2. In Bewältigungstrainings, die auf der Fähigkeitsebene ansetzen [22, 23, 29], können Patienten grundlegende Kompetenzen zum Umgang mit alltäglichen beruflichen Anforderungen vermittelt werden (Konfliktmanagement, Bewerbungs-, Präsentations-, und Vortragstraining, Zeitmanagement). Dieser Aspekt dient

der Förderung gesunden kompetenten Verhaltens, unabhängig von der Angstsymptomatik an sich.

3. Gegebenenfalls kann geprüft werden, ob auf der Ebene der Teilhabe und Kontextfaktoren [29] mittels Veränderungen am bestehenden Arbeitsplatz (z. B. Versetzung in andere Abteilung, veränderte Arbeitsaufgaben), oder einem Wechsel des Arbeitsplatzes eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich ist. Allerdings gilt klinisch, dass dies als alleinige Maßnahme in der Regel nicht ausreicht. Arbeitsplatzwechsel kann letztlich auch ein Vermeidungsverhalten sein, weshalb mittelfristig eine erneute Verschlechterung der Angstsymptomatik eintreten kann [3].

Mit der Berücksichtigung dieser 3 Ebenen fokussiert ein Arbeitsangst-Therapieprogramm im Sinne eines modernen ganzheitlichen Behandlungsansatzes auf das „Verhalten“ (Funktions- und Fähigkeitenebene) ebenso wie auf die „Verhältnisse“ (Kontextfaktoren), analog zum Verhaltens- und Verhältnismodell in der Präventionswissenschaft [34].

Gruppentherapie bei Arbeitsängsten

Im Rahmen des nunmehr seit mehr als 10 Jahren bestehenden Forschungsprogramms der Arbeitsängste wurde eine Arbeitsangst-Coping-Verhaltenstherapiegruppe in einer kontrollierten Studie im Vergleich zu einer unspezifischen Freizeit-Gruppe evaluiert [21, 27]. Im naturalistischen Setting wurden 179 Patienten mit Arbeitsängsten in 137 Arbeitsangst-Coping-Gruppensitzungen behandelt (168 andere Patienten in der Freizeit-Gruppe). Nach Erfahrungen aus der Therapiestudie sind in einer somatischen Rehabilitation von 3 Wochen Dauer maximal 4 Gruppensitzungen neben dem medizinischen Behandlungsprogramm durchführbar. Im Ergebnis hatten Patienten mit alleinigen Arbeitsängsten (ohne psychische Grunderkrankung) nach der Rehabilitation eine etwas kürzere Arbeitsunfähigkeitsdauer (11 Wochen) als Patienten der Freizeit-Gruppe (16 Wochen) [21, 27]. Bei Patienten die eine Verlängerung ihres Rehaufenthaltes bekommen hatten und 6 Gruppensitzungen mitgemacht hatten, zeigte sich, dass die Patienten der Arbeitsangst-Coping-Gruppe optimistischer wurden bzgl. ihrer arbeitsbezogenen Bewältigungsfähigkeiten. Patienten der ablenkungsorientierten Freizeit-Gruppe hingegen schätzten ihre Bewältigungsfähigkeiten zunehmend geringer ein [21]. Die Arbeitsangst-Coping-Gruppe ist also nützlich um dysfunktionalen Verläufen nach der Rehabilitation entgegenzuwirken. Es ist jedoch mit dieser Kurzgruppenintervention nicht möglich, gleichzeitig auch eine umfassende Behandlung einer ggf. vorliegenden psychischen Grunderkrankung (z. B. chronische Angsterkrankung, affektive Erkrankung, Teilleistungsstörung) zu leisten [21, 27].

Nebenwirkungen in Gruppenbehandlungen

Belastungserleben kann in Gruppenbehandlungen durch vielfältige Gruppenfaktoren ausgelöst werden, z. B. durch die Gruppengröße oder den Raum, die Inhalte, die in der Gruppe besprochen werden, durch Verhalten von Mitpatienten in der Gruppe, durch das Auftreten des Therapeuten. Geschehnisse aus der Gruppe können Patienten unangenehm nachhängen und weitergehende Sor-

gen über zukünftige Entwicklungen anstoßen [35, 36]. Nebenwirkungen sind in diesem Zusammenhang analog zur Pharmakotherapie unerwünschte Begleiterscheinungen einer korrekt durchgeführten Therapie – also nicht zu verwechseln mit Kunstfehlern [35]! Reha-Therapeuten, die sich mit Nebenwirkungen ihrer Behandlungen auseinandersetzen, sind gute Therapeuten, die ein entsprechendes Problembewusstsein dafür haben, Patienten vor Beginn einer Gruppe entsprechend sachlich-nüchtern aufklären, und ggf. nebenwirkungsmildernd einwirken können. Bisherige klinische Erfahrungen zeigen, dass Patienten dem Thema sehr offen gegenüberstehen und man Nebenwirkungen sehr konkret und sachlich mit Patienten besprechen kann. Patienten nehmen dies eher als ein Qualitätskriterium der therapeutischen Arbeit wahr und können bei Auftreten von Nebenwirkungen gelassener mit diesen Phänomenen umgehen.

Von Patienten der Arbeitsangst-Coping-Gruppe berichteten 42 % bedeutsame unerwünschte Begleiterscheinungen. Sie bezogen sich zu einem großen Teil darauf, dass das Sprechen über schwierige arbeitsbezogene Themen zu unangenehmen Erlebenszuständen führte [21]. Sind solche Nebenwirkungen vorübergehender Natur, und führen sie nicht dazu, dass Patienten die Gruppe angstvoll vermeiden, müssen sie gut überwacht und ggf. in Kauf genommen werden. Dies gilt so lange, bis schonendere Behandlungsmaßnahmen mit vergleichbarer erwünschter Hauptwirkung bekannt sind.

Wer kann was gegen Arbeitsängste tun?

Die im Folgenden vorgestellten Inhalte und die Vorschläge zum therapeutischen Vorgehen beruhen auf langjähriger Erfahrung mit psychisch erkrankten Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Die verwendeten Methoden und Techniken sind international evaluiert und anerkannt [22, 23]. Der hier vorgestellte verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz wurde zudem im Rahmen einer kontrollierten Therapiestudie speziell für Patienten mit Arbeitsängsten evaluiert [21, 27]. Die konkrete bewältigungsorientierte Auseinandersetzung mit Arbeitssituationen erwies sich dabei als zielführend [21, 27]. Die Gruppe kann für Patienten mit arbeitsbezogenen Problemen und Ängsten mit dem Titel „Selbstbehauptung am Arbeitsplatz“ angeboten werden. Dieser Titel macht deutlich, dass die Aufmerksamkeit nicht primär auf situative Umstände und deren Veränderung gelegt werden soll, sondern auf das Selbstmanagement. Das Gruppenprogramm für Patienten mit Arbeitsängsten kann – in Abhängigkeit von der Qualifikation der Durchführenden – in 2 Varianten angeboten werden:

Als Fähigkeitentrainings-Gruppe durchgeführt, befasst sich das Programm damit, Patienten grundlegende Inhalte über die Arbeitswelt und das Zurechtkommen darin zu vermitteln. Es handelt sich in diesem Sinne um ein Training, das man allen Patienten zukommen lassen kann. Diese informations- und trainingsorientierte Gruppe kann von Sozialarbeitern und Diplom-/Master-Psychologen oder Ärzten jeder Fachrichtung durchgeführt werden, die mit dem Thema Arbeit und Arbeitsbewältigung vertraut sind. In dieser Trainings-Gruppe spielt es keine Rolle, welche Erkrankung die Patienten jeweils haben. Der Durchführende muss die Erkrankungsbilder der einzelnen Patienten nicht kennen. Es bedarf keines psychotherapeutischen Einzelauftrags hinsichtlich einzelner Patienten, da hier

keine Psychotherapie im engeren Sinne durchgeführt wird. Als Training findet das Programm in der Gruppe statt (vgl. Modulbeschreibungen „Arbeitsangst-Coping-Gruppe“).

Als psychotherapeutische Behandlung wird die Gruppe ausschließlich von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Patienten sollen vom Gesamtbehandlungsverantwortlichen (Bezugs-Arzt oder -Psychotherapeut) in diese Gruppe zugewiesen werden. Der Bezugstherapeut informiert den Gruppenpsychotherapeuten vorab über die Erkrankung bzw. Psychopathologie, und gibt ihm einen individuellen konkreten Beobachtungsauftrag und psychotherapeutisches Ziel für den Patienten X für die Gruppe. Um Psychotherapie in der Gruppe durchzuführen, ist es für den Psychotherapeuten notwendig, jeden Patienten mit Namen und psychopathologischem Befund bzw. Erkrankung zu kennen. Nur dann ist die notwendige einzelfallorientierte Anwendung psychotherapeutischer Methoden [22] bei den einzelnen Patienten möglich. Alternativ zum Gruppensetting kann im engeren Sinne psychotherapeutischen Zielsetzungen auch im Einzelsetting nachgegangen werden.

Durchführung einer Arbeitsangst-Coping-Gruppe im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation

Im Folgenden werden einige zentrale Inhalte und therapeutische Zielsetzungen der einzelnen Gruppenmodule anwendungsnah beschrieben. Es werden jeweils die grundsätzlichen informativen und Trainings-Inhalte beschrieben. Ein ausführliches Gruppenmanual ist bei der Autorin erhältlich.

Ärztliches oder psychotherapeutisches Vorgespräch

Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut versucht mittels motivierender Gesprächsführung und geleitetem Entdecken [22] bei Patienten mit klinisch bedeutsamen Arbeitsängsten eine Akzeptanz bzw. sogar einen Anreiz zu schaffen für die Notwendigkeit des Einübens aktuell vermiedener Aktivitäten am Arbeitsplatz. Er bezieht den Patienten dabei aktiv mit ein. Günstig ist es auch, wenn dabei eine Induktion von Ärger beim Patienten auf sein eigenes arbeitsbezogenes Vermeidungsverhalten gelingt. Der Betroffene wird dahin gelenkt, dass er als ärgerlich wahrnehmen kann, durch diese Ängste und Vermeidungshaltung seine Kompetenzen und Fähigkeiten gar nicht richtig zu nutzen, und er es zulässt sich durch einen Stimulus am Arbeitsplatz, eigene angstvolle Gedanken, und/oder das eigene Vermeidungsverhalten übermäßig beeinträchtigen zu lassen. Ressourcenorientiert kann an diesem Punkt herausgearbeitet werden, wofür es sich lohnen wird Anstrengungen hinsichtlich der arbeitsbezogenen Vermeidungsüberwindung zu unternehmen. Das Ziel ist das Erwecken kognitiver Dissonanz [37], in dem Sinne, dass neben den bislang dominierenden Vermeidungszielen alternativ Annäherungsziele für die Arbeit aufgebaut werden.

Therapeutische Haltung und Interaktionsmethode in der Gruppenstunde

Der Gruppenleiter hat in jeder – trainings-orientierten wie psychotherapeutischen – Gruppensitzung die grundsätzliche Funktion

► **Tab. 1** Therapeutische Haltung und Interaktion: Formulierungsbeispiele für Gruppenleiter in der Arbeitsangst-Coping-Gruppe.

Der Gruppenleiter stellt überwiegend Fragen, verzichtet nach Möglichkeit auf Erklärungen und lässt bzgl. des Themas kompetente Patienten Erklärungen geben.

„Wer weiß etwas dazu?“

„Frau X, können Sie dazu einmal Ihre Erfahrung berichten.../Wie geht das....?“

Beim Sammeln von Ideen zu Beginn der Stunde können bspw. folgende Verbalisierungen verwendet werden:

„Was fällt Ihnen zu diesem Thema ein?“

„Was haben Sie damit für Erfahrungen?“

„Können Sie bitte ein konkretes Beispiel nennen?“

Zur Konkretisierung von Patientenberichten sollte gezielt nachgefragt werden. Wenn ein Patient einen Erfahrungsbericht gibt und seine eigene Handlungsweise darstellt, werden die Folgen dieses Handelns erfragt, um die Funktionalität des Verhaltens einzuschätzen

„Ist das hilfreich?“

„Wozu führt das?“

„Wenn Sie der Chef wären, wie hätten Sie auf so ein Verhalten reagiert?“

„Was hätte man noch machen können?“

„Haben Sie so etwas bei anderen Gelegenheiten auch schon mal (anders) gemacht?“

- den Austausch der Patienten untereinander zu aktivieren und zu moderieren, sodass das Gruppengespräch funktional sach- und bewältigungsorientiert erfolgt (Jammern unterbrechen, auf aktive Bewältigung hin orientieren)
- Informationen zu vermitteln
- vermeidende Abschweifungen vom Thema zu unterbinden
- zu bestätigen, dass die Arbeit in der Gruppe manchmal anstrengend ist, und dass dies so sein darf
- die Ängste der Patienten empathisch zu würdigen, jedoch gleichzeitig auch modellhaft einen aktiven bewältigungsorientierten Umgang mit dem alltäglichen Arbeitsstress zu demonstrieren und Normalität zu vermitteln. Dazu gehören auch Informationen darüber, dass Arbeit nicht unbedingt „Spaß machen“ oder „glücklich machen“ muss, dass Konflikte mit Kollegen normal sind, dass Chefs wegen ihrer Rollenfunktion nicht geliebt werden müssen, dass Fehler bei der Arbeit unvermeidlich sind und trotzdem geahndet werden, oder dass Firmeninteressen oft über Mitarbeiterinteressen gestellt werden. Auch dass Arbeit nicht krank macht, ist eine wichtige therapeutische Grundhaltung, mit der man dysfunktionalen Erklärungsmodellen entgegenwirken und den weiteren Verlauf günstig beeinflussen kann.

Wichtig ist für beide Gruppenformen, dass dem Gruppenleiter immer sein Ziel klar ist, d. h. was er vermitteln möchte, was den Patienten aus der Gruppensitzung hängen bleiben soll. Therapie ist das, was der Therapeut macht.

In den folgenden Modulbeschreibungen der Arbeitsangst-Coping-Gruppe werden die grundlegenden Inhalte beschrieben, die allen Patienten informativ vermittelt werden können. Psychotherapeuten können sich darüber hinaus individueller Psychotherapie-

techniken entsprechend der Psychopathologie einzelner Patienten bedienen [22]. In ► **Tab. 1** sind einige generell hilfreiche Formulierungen für therapeutisches Interaktionsverhalten gegenüber der Gruppe zusammengestellt, die je nach Situation, Inhalt und Ziel entsprechend variiert werden müssen. Der Therapeut verzichtet in der Gruppe auf akademisierende Erklärungen und Fremdworte. Es wird eine einfache eingängige Sprache verwendet, um Sachverhalte anschaulich zu vermitteln (bspw. „Rudelverhalten“ statt „Sozialpsychologisches Phänomen“; „Sorgenangst“ statt „generalisierte Angsterkrankung“).

Umgang mit dem Phänomen „Angst“

Es sollte bei der Durchführung und Moderation der Gruppensitzungen darauf geachtet werden, dass das Wort „Angst“ eher sparsam verwendet wird. Die Idee ist, eher am Symptom vorbei durch Ablenkung und Ersetzen von ängstlichen Kognitionen durch alternative Bewertungen den Aufbau von Kompetenzen bei gleichzeitig ständiger Exposition (Beschäftigung mit dem Thema „Arbeit“ in dieser Gruppe) zu fördern. Damit können Patienten fast unbemerkt zu einer Gewöhnung gelangen und die Anspannung sich reduzieren.

Der Gruppenleiter entscheidet daher bewusst, ob es angebracht ist, von „Symptomen“ oder lieber von „Reaktionen“ zu sprechen, ob er die Vokabeln der Patienten aufgreift oder eigene Wörter mit anderer (neutraler oder positiver) Konnotation verwendet. Genau so entscheidet er auch, ob er eher wertend von „Arbeitsproblemen“, oder mehr neutral von einem „Phänomen“, einer „Arbeits-situation“, oder „Arbeitsumständen“ spricht.

In der Gruppe soll in lockerer Atmosphäre, aber sachlich-nüchtern zunächst fast nebenbei ein Gefühl von Normalität für Probleme am Arbeitsplatz entstehen. Der Gruppenleiter ist für die Patienten auch gleichzeitig ein Modell. Er lässt sich daher von angstauslösenden Umständen an Arbeitsplätzen nicht übermäßig erschrecken, und er zeigt sich nicht ängstlich beeindruckt bei Berichten von Patienten über schlimme Arbeitssituationen. Er ist stattdessen konkretisierend nachforschend um sachliches Verständnis bemüht.

Normale Phänomene am Arbeitsplatz (z. B. Lästern, Arbeit auf Kollegen verschieben, launischer Chef) sollten entpathologisiert werden. Tatsächlich sachlich schwierig erscheinende Probleme (z. B. die eigene Qualifikation Übersteigendes wird unzulässigerweise vom Vorgesetzten verlangt) sollten jedoch als solche gewürdigt werden. Es wird ressourcenorientiert gearbeitet und gezeigt, dass man trotzdem etwas für sich tun kann, sich nicht hilflos ausgeliefert fühlen muss, und sich zu einer Situation aktiv verhalten kann.

Die ständige Konfrontation mit dem Thema Arbeit in dieser Gruppe stellt bereits eine Expositionssituation dar. Es ist darauf zu achten, die Gruppensitzung, auch wenn es im Verlauf schwierige Momente und Anspannung bei den Teilnehmern gibt, mit einem möglichst neutralen oder positiven Affekt in der Gruppe zu beschließen. Dies kann erreicht werden, indem humorvolle oder optimistische Einlassungen des Therapeuten die Stimmung und die Atmosphäre entspannen, indem eine Entspannungsübung oder eine Auflockerungsübung durchgeführt wird. Die Patienten machen so die Erfahrung, dass die zunächst als bedrohlich erlebte Anwesenheit in der Gruppe ihren Schrecken verliert, und die Angst bezüglich der Teilnahme an der Gruppe sich reduziert. Sollte ein

Patient diese Erfahrung einmal von sich aus äußern, kann dies als ein Modell für die anderen Patienten in der Gruppe aufgegriffen werden und prognostisch auch auf den realen Arbeitskontext übertragen werden. Es können auch Befunde der bisherigen Forschung zur arbeitsplatzbezogenen Ängsten berichtet werden: Menschen, die mit Arbeitsplatzproblemen arbeitsunfähig in die Reha kamen und ein halbes Jahr nach der Reha wieder arbeitsfähig waren, hatten zum Zeitpunkt der Entlassung sogar stärker ausgeprägte arbeitsbezogene Angst als diejenigen, die dann aber längerfristig arbeitsunfähig blieben [15]. Das heißt, sich mit der Arbeit zu konfrontieren macht erst einmal Anspannung. Das ist normal. Es schließt aber nicht aus, dass man erfolgreich der Anspannung entgegenhandeln und sich längerfristig kompetent bei der Arbeit behaupten kann.

Umgang mit dem Phänomen „Vermeidung“

Da Angst mit Vermeidungsimpulsen und Vermeidungsverhalten einhergeht, wird dies auch regelmäßig in den Gruppensitzungen vorkommen. Patienten werden bspw. entsprechend der Phänomenologie ihrer eigenen Arbeitsangst bestimmte angstassoziierte Stimuli (Chef, konkrete Arbeitsorte oder Aufgaben) zu vermeiden versuchen. Ziel ist es, diese Vermeidungstendenzen zu überwinden und mittels einer schrittweisen Annäherung an vormals vermiedene und für unmöglich gehaltene Aktivitäten die Selbsterwartungsfähigkeiten und Bewältigungsverhalten zu stärken.

Wenn im Verlauf einer Sitzung vom Gruppenleiter arbeitsbezogenes Vermeidungsverhalten bei Patienten beobachtet wird, so kann dies zunächst markiert und damit bewusst gemacht werden. Es kann auch einmal eine Gruppensitzung darauf verwendet werden, kurz- und langfristige Auswirkungen von Vermeidungsverhalten zu erarbeiten. Kurzfristige Auswirkung ist die Reduktion der Angst, und damit ein verbessertes Wohlbefinden im Moment. Langfristig hat Vermeidungsverhalten jedoch die Kosten einer Ausweitung der Angst auf andere Situationen (z. B. aus der vormals erlebten Angst vor dem Gespräch mit einem bestimmten Chef wird Angst vor Gesprächen mit Vorgesetzten generell), und eine zunehmende Einengung des Bewegungsradius (z. B. zuerst kann man nicht mehr die Straße am Arbeitsplatz entlanggehen, 3 Wochen später nicht mehr in den 3 Straßen entfernten Supermarkt).

Indem die ungünstigen langfristigen Kosten aufgezeigt werden, kann die Motivation gegen das Vermeidungsverhalten anzugehen gefördert werden. Da jedoch nicht langfristige, sondern unmittelbare Konsequenzen verhaltenssteuernd wirken, genügt es nicht, ausschließlich auf die negativen Langzeitfolgen von Vermeidung zu fokussieren. Vielmehr müssen gleichzeitig auch positive unmittelbare Anreize geschaffen werden, für die es sich lohnt die Anstrengung auf sich zu nehmen, das Vermeidungsverhalten probeweise und schrittweise zu überwinden. Hierzu können Übungen durchgeführt werden zur Findung von Anreizen für eine Rückkehr zur Arbeit, oder der (Wieder)Aufnahme einer bestimmten Arbeitstätigkeit oder des (Wieder)Beginnens mit einer bestimmten Kollegin oder Chefin am Arbeitsplatz.

Module der Arbeitsangst-Coping-Gruppe

Das Gruppenprogramm besteht aus 5 Modulen, die in beliebiger Reihenfolge und als jeweils für sich abgeschlossene Themeneinheiten in 1–2 Gruppenstunden durchgeführt werden können.

Arbeitsorganisation und Problemlösen am Arbeitsplatz. In diesem Modul geht es darum zu lernen, alltägliche Phänomene und Probleme struktureller, materieller und zeitökonomischer Art am Arbeitsplatz zu erkennen, hilfreiche Bewertungen für Tatsachen zu finden, und konstruktiv mit Arbeitsbedingungen umzugehen. Das heißt lernen zu erkennen, ob und wo man bei der Arbeit etwas verändern kann und ggf. wie, und in welchen Dingen man lernen muss mit unveränderlichen Tatsachen umzugehen, ohne sich davon emotional übermäßig beeindrucken zu lassen.

Es werden erfahrungsgemäß häufig von Seiten der Patienten Ideen mit in die Gruppe gebracht wie bspw. „Es ginge bei der Arbeit alles viel besser, wenn“,

„... meine Arbeit anders organisiert wäre“, oder „... ich ein anderes Zimmer hätte“, oder „... ich nicht mit diesem neuen Computerprogramm/dieser Kollegin zusammen arbeiten müsste...“ usw.

Dies bedeutet, dass Patienten häufig mit einer Externalisierungstendenz kommen und dem Glauben daran, dass eine Veränderung der Umstände die Lösung der eigenen Probleme bringen wird. Meist ist jedoch gerade dies nicht der Fall, und vorbestehende eigene Probleme tauchen nach vielleicht kurzzeitiger Freude über eine Veränderung wieder auf, auch im neuen Zimmer, bei der Arbeit mit einem alternativen Computerprogramm, oder einer anderen Kollegin. Als hilfreich erwiesen hat es sich den Patienten zu vermitteln, dass Warten auf Veränderungen der Situation am Arbeitsplatz und Kontextänderungen allein kein Allheilmittel sind, da häufig auch der eigene Umgang mit den Gegebenheiten zur Situation beiträgt. Es sollen stattdessen Selbstmanagementfähigkeiten vermittelt werden: Wenn man ein Problem bei der Arbeit wahrnimmt, kann man daran gehen es zu konkretisieren, ggf. öffentlich zu benennen, und man kann überlegt und aktiv darangehen es zu lösen. Außerdem sollen Kompetenzen vermittelt werden, unveränderliche Bedingungen bis zu einem gewissen Grad auch zu tolerieren, und die generelle Belastungsfähigkeit durch Aufbau von Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Dies kann anhand der Bearbeitung von alltagsüblichen Arbeitsplatzproblemen vermittelt werden.

Therapeutisches Ziel beim Thema Arbeitsorganisation ist es,

1. Patienten Problemlösekompetenzen beizubringen für die Umstände in denen Veränderungen durch eigenes aktives Handeln möglich sind, und
2. die Fähigkeit zu stärken unveränderliche Umstände mit einer gewissen emotionalen Ausgeglichenheit hinzunehmen, solange es ethisch-moralisch vertretbar ist.

Selbstbehauptung im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten.

In diesem Modul geht es darum zu lernen, wie man sich am Arbeitsplatz im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten am günstigsten in der Interaktion verhält, welche sozialen Spielregeln speziell für die Kommunikation am Arbeitsplatz gelten, und wie man auch schwierige Gespräche am Arbeitsplatz führen kann. Patienten fokussieren oft auf die in der Arbeitssituation beteiligten „Anderen“, d. h. Kollegen und Vorgesetzte und deren Verhalten, welches sich u. U. störend oder erschwerend für den eigenen Arbeitsprozess erweist. „Mein Chef ist cholerisch und kommt ständig mit

unerfüllbaren Forderungen“ ist bspw. eine häufig zu hörende Patientenaussage. Da dieses Verhalten anderer grundsätzlich nicht zu ändern ist, wird in der Gruppensitzung von Beginn an auf das eigene Verhalten der Teilnehmer fokussiert. Hilfreich dabei hat es sich erwiesen eine „50-50-Regel“ einzuführen: Wenn 2 miteinander reden, trägt jeder 50 % der Verantwortung für diese Interaktion, und jeder hat 50 % Einflussnahme-Möglichkeit. Damit relativieren sich unrealistische Ansprüche an eine Kommunikationssituation wie bspw. die Idee: „Ich muss mit meinem Verhalten den Anderen dazu bringen xy zu tun/zu sagen...“. In der Gruppensitzung kann dann immer wieder darauf Bezug genommen werden und die einfache Frage in dem Raum gestellt werden „Was machen Sie mit Ihren 50%?“.

Außerdem können generell nützliche Informationen zum Rudelverhalten (Sozialpsychologie) am Arbeitsplatz vermittelt werden (► **Tab. 2**). Beim Einüben der Kommunikation möglicher Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz sollte Patienten ein Stil nahegelegt werden, der dazu geeignet ist, beim anderen Verständnis zu erreichen, und der nicht aggressiv „Recht einfordernd“ wirkt [38].

Therapeutisches Ziel im Modul Selbstbehauptung mit Kollegen und Vorgesetzten ist es,

1. den Patienten ein Verständnis für normale soziale Prozesse und Konflikte an Arbeitsplätzen zu vermitteln, sowie
2. Vermeidungsverhalten bzgl. der aktiven Auseinandersetzung mit sozialen Interaktionssituationen am Arbeitsplatz zu vermindern, und stattdessen
3. hilfreiche Verhaltensweisen einzuüben für alltägliche Kommunikation an Arbeitsplätzen.

Selbstpräsentation: Bewerbung, Vortrag, Kundengespräch – wie präsentiere ich mich vorteilhaft? Der inhaltliche Fokus in diesem Modul liegt auf der Förderung von Kompetenzen zur Selbstpräsentation. Vermittelt werden soll den Teilnehmern, dass Selbstpräsentation überall stattfindet, dass Mittelpunktssituationen wie das Halten eines Vortrags oder ein Bewerbungsgespräch normalerweise auch mit Anspannung einhergehen, und dass man etwas tun kann in Vorbereitung solcher Situationen oder als generelle Übung.

Die Bedeutung eines aus der Gesamterscheinung erwachsenen „ersten Eindrucks“ wird erarbeitet und den Patienten vermittelt, wie sie hierbei durch gezielte Gestaltung ihres Äußeren einen bestimmten Eindruck hinterlassen können.

Therapeutisches Ziel im Modul Selbstpräsentation ist es,

1. den Patienten ein Verständnis für die Bedeutung des äußeren Erscheinungsbildes und ersten Eindrucks sowie typische Business-Etikette-Regeln zu vermitteln, sowie
2. Vermeidungsverhalten, dysfunktionale Kognitionen und Erwartungs- und Bewertungsängste bezüglich des eigenen Verhaltens in Mittelpunktssituationen zu vermindern, und
3. grundlegende hilfreiche Verhaltensweisen einzuüben für Selbstpräsentationen (Lächeln, Blickkontakt).

► **Tab. 2** Psychoedukative Inhalte zum Modul Selbstbehauptung vor Kollegen und Vorgesetzten: Rudelverhalten und Soziale Spielregeln am Arbeitsplatz.

Menschengruppen funktionieren so ähnlich wie Wolfsrudel. Das ist evolutionär sinnvoll. Das Rudel hält zusammen, denn zusammen ist man stärker. Es hat aber auch jeder seine Position und es herrscht eine Hackordnung. Da gibt es eine soziale Hierarchie und Rollen innerhalb des Rudels. Die wird immer wieder neu verhandelt, etwa wenn ein neues Mitglied in die Gruppe kommt. Wenn man Tiere beobachtet, Affen z. B., erkennt man recht schnell wer die Anführerrolle hat, in dieser Gruppe das Alpha-Tier ist. Alphatiere findet man auch in jeder Kindergartengruppe, in jeder Schulklasse und an jedem Arbeitsplatz.

Rangkampfverhalten funktioniert über Blickkontakt. Blicke können freundlich, einladend, abweisend, oder auch drohend sein. Dementsprechend können sie einem gegenüber Angst auslösen. Vielleicht hat jemand schon mal erlebt, dass der Chef einen so angesehen hat und dazu gesagt hat „Sie werde ich mal im Auge behalten“. Dass man, wenn man drohend angesehen wird, Angst bekommt, ist völlig normal und sinnvoll, um sich mit seinem eigenen Verhalten darauf einzustellen. Alphatiere drohen z. B., wenn sie angegriffen werden, oder wenn die Ordnung und ihre Position im Rudel von Einzelnen infrage gestellt wird.

Am Arbeitsplatz besteht noch das Phänomen der formellen und informellen Gruppenbildung. D. h. es gibt Gruppen denen man zwangsweise zugeordnet ist, wie bspw. das jeweilige Arbeitsteam, und es bilden sich immer auch informelle Sub-Gruppen unabhängig von diesen strukturellen Vorgaben, z. B. unter Kollegen die nebeneinander ihre Büros haben, sich häufiger sehen, oder ähnliche Interessen haben.

In allen Gruppen gibt es ständig Bewegung. Rangkämpfe unter Kollegen sind Normalität und passieren oft auch nonverbal, z. B. wer hat das Recht die Zimmerpflanze im Raum zu verstellen. Dementsprechend gibt es auch ständig kleine Konflikte, z. B. ob das Fenster geöffnet sein soll oder nicht, oder wer die unbeliebte Kopierarbeit übernimmt. Bei diesen Rangkämpfen ist es wichtig, seine eigene Position zunächst zu finden, dann zu kennen und auch zu verteidigen – verbal und nonverbal. Es ist wichtig, eigene Interaktionsziele zu entwickeln, die Spielregeln zu kennen und dann danach zu handeln, in dem Rahmen wie es am Arbeitsplatz angemessen ist.

Umgang mit körperlichen Stressreaktionen. Dieses Modul beschäftigt sich mit „Angst“ in Form körperlicher Stressreaktionen, und was man tun kann bei vegetativen Auslenkungen und unangenehmen Symptomen. Patienten berichten häufig über Stresssymptome wie beschleunigten Herzschlag, zittern, schwitzen, roten Kopf bekommen, feuchte Hände. Manchmal kommen diese Symptome im Zusammenhang mit bestimmten Arbeitssituationen vor, oder bei Konfrontation mit bestimmten Personen am Arbeitsplatz wie Chef oder bestimmte Kollegen o. ä.

In einigen Fällen kommt dazu eine Erwartungsangst und ein dringender Wunsch das Auftreten dieser Symptome zu vermeiden, da es Anderen auffallen könnte und dies als peinlich erlebt wird. Bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen (Herzerkrankungen, orthopädische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen) und entsprechenden chronischen Beeinträchtigungen spielen zudem auch Ängste nicht mehr leistungsfähig zu sein eine Rolle, oder auch Ängste durch „Arbeitsstress“ und bestimmte Bedingungen am Arbeitsplatz noch kränker zu werden.

Körperlich dauerhaft beeinträchtigte Patienten. Bei Patienten aus den verschiedenen Indikationsgruppen Psychosomatik, Kardiologie und Orthopädie gibt es in der Regel unterschiedliche

Schwerpunkte hinsichtlich körperlicher Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass orthopädische wie auch kardiologische Patienten eher unter hypochondrischen und funktionsbezogenen Arbeitsplatzängsten leiden, während Psychosomatik-Patienten vor allem von erlebten vegetativen Anspannungssymptomen bei Konfrontation mit unterschiedlichen Stimuli (Chef, Arbeitsaufgabe) beeindruckt sind.

Orthopädische und kardiologische Patienten können im Hinblick auf die Arbeitstätigkeit vor allem aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen Leistungsinsuffizienz-Ängste erleben, aber auch Angst vor körperlicher Überforderung oder weiterer Schädigung durch die Arbeit. Sie leiden unter z. B. rücken- oder herzbezogenen Ängsten, haben eine verstärkte Aufmerksamkeitsfokussierung auf die betreffenden Organe, einhergehend u. U. mit einem Belastungsvermeidungsverhalten, oder aber ein übermäßiges Inanspruchnahme-Verhalten von ärztlicher Diagnostik und Behandlungen, die nicht indiziert oder sogar kontraindiziert sind.

Teilweise spielt die bisherige Diagnostik- und Behandlungsgeschichte auch bei der Angstentwicklung eine Rolle, wenn bspw. einem Patienten behandlerseits zu „Stressvermeidung“ geraten wurde, oder aber eine Bemerkung gefallen ist wie „Eine falsche Bewegung und Sie sind querschnittsgelähmt“.

Therapeutisches Ziel beim Thema Umgang mit körperlichen Stressreaktionen und Beeinträchtigungen ist es,

1. die Fähigkeit zur Symptomtoleranz zu verbessern
2. angstfördernde Annahmen und katastrophisierende Bewertungen hinsichtlich körperlicher Reaktionen zu vermindern und mittels konkreter Beobachtungen und sachlich-deskriptiver Beschreibungen zu relativieren
3. eine Sensibilisierung zu erreichen für die Selbstverantwortung hinsichtlich eines kompensatorischen Umgangs mit körperlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz.

Stress entsteht im Kopf: Sorgenängste. Manche Patienten in der Gruppe werden unter übermäßigen Sorgenängsten im Sinne einer generalisierten Angsterkrankung leiden [22, 30]. Es gibt – unabhängig von einer individuell fallbezogenen psychotherapeutischen Herangehensweise – einige grundsätzliche Aspekte, die man hinsichtlich Sorgen in der Gruppe informativ vermitteln kann. Eine wichtige Botschaft ist, dass Stress im Kopf entsteht und aufgrund der eigenen Bewertungen einer Situation. Das wussten bereits die alten Griechen [39], und es ist als psychologisches Phänomen bekannt [40]. Dass Menschen sich Sorgen machen ist normal, jedoch gibt es Menschen die sich weniger und Menschen die sich viele Sorgen machen. Manchen Menschen wird öfters gesagt „Mach dir nicht so viele Sorgen“. Wer sich viele und zu viele Sorgen macht, ist meist gut darin trainiert, d. h. es handelt sich um einen lebenslang antrainierten Denkstil mit vorausschauender Erwartung möglicher Probleme und Katastrophen. Das führt oft dazu, dass die Betroffenen viel im Voraus abzusichern versuchen und dadurch „ständig zu tun haben“, „für andere mitdenken müssen“ und auf Dauer in einen Zustand von Daueranspannung und Ausgebranntheits-Erleben geraten [22, 30].

Patienten die unter krankheitswertigem Sorgenerleben leiden, können psychotherapeutisch im Sinne eines Sorgenmanagements angeleitet werden eine „Fremdsprache zu lernen“. Dies ist eine hilfreiche Metapher dafür, die Ideenflüssigkeit auch mit positiven und neutralen Bewertungen von Situationen anzureichern (z. B. „Wenn die Kollegin morgen krank ist, dann besprechen wir die Übergabe des Vorgangs X in der Teamsitzung“ (statt sorgenvoll „dann muss ich mich darum kümmern, die Fehler aus dem Dokument zu berichtigen, damit ich keinen Vorwurf bekomme“). Die Sorgenneigung verschwindet durch den Zugewinn des neuen Vokabulars nicht, die Palette der Denkinhalte wird aber mit zunehmender Übung durch die alternativen Inhalte erweitert.

Therapeutisches Ziel beim Thema Stress entsteht im Kopf ist es,

1. die Fähigkeit zur Ungewissheitstoleranz zu stärken
2. die Fähigkeit zu trainieren, berechtigte wichtige Sorgen von ggf. übertriebenen Sorgen zu unterscheiden
3. ggf. automatisch anlaufendes übertriebenes Sorgenverhalten und erhöhte Gefahrensensibilität („Sicherheitsingenieur“, „Antennen“, „eine Art einseitig durchlässiger Filter“) erkennen zu lernen und diesem entgegenzuhandeln, d. h. keine Absicherungsaktivitäten oder -gedanken zu beginnen, sondern Ungewissheit und kurzzeitiges Unbehagen tolerieren üben.
4. bzgl. wiederkehrender übermäßiger Alltagsorgen neutrale oder positive Denkalternativen im Sinne einer neuen Sprache einzuüben.

KERNBOTSCHAFTEN

Die unterschiedlichen Arbeitsängste lassen sich als psychopathologische Phänomene unterscheiden. Arbeitsängste sind von eigenständiger Krankheitswertigkeit aufgrund ihrer sozialmedizinischen Konsequenzen (Arbeitsunfähigkeit). Sie erfordern spezifische Behandlung. Eine Arbeitsangst-Coping-Gruppe kann – auch im Rahmen einer kurzen somatischen Rehabilitation – dazu beitragen, dysfunktionalen Krankheitsverläufen (z. B. Verlust von Copingfähigkeiten, Vermeidungsausweitung und andauernder Arbeitsunfähigkeit) entgegenzuwirken.

Finanzierung

Die Autorin dankt der Deutschen Rentenversicherung Bund, die seit 2007 zwei Projekte zum Thema Arbeitsängste finanziell gefördert hat (8011-106-31/31.51.6, 8011 – 106 – 31/31.107).

Literatur

- [1] Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–679
- [2] Muschalla B, Vilain M, Lawall C et al. Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of life. *Psychol Health Med* 2012; 17: 95–104
- [3] Muschalla B, Linden M. Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differenzialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag; 2013
- [4] Muschalla B. Arbeitsbezogene Ängste in Forschung und Praxis – Ein aktuelles Schnittstellenphänomen. *Z Arbeit Organisationspsychol* 2014; 58: 206–214
- [5] Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S. The relative impact of workplace bullying as a social stressor at work. *Scand J Psychol* 2010; 51: 426–433
- [6] Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 131–142
- [7] Pyc LS, Meltzer DP, Liu C. Ineffective leadership and employees' negative outcomes: The mediating effect of anxiety and depression. *Int J Stress Manage* 2016 in press
- [8] Barksdale N Jr. Evaluating effects of forced ranking on employee performance and productivity. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 2008; 69: 1430
- [9] Bhanve DP. The invisible eye? Electronic performance monitoring and employee job performance. *Personnel Psychol* 2014; 67: 605–635
- [10] Griffiths KL, Mackey MG, Adamson BJ. The impact of a computerized work environment on professional occupational groups and behavioural and physiological risk factors for musculoskeletal symptoms: a literature review. *J Occup Rehabil* 2007; 17: 743–765
- [11] Smith MJ, Carayon P, Sanders KJ et al. Employee stress and health complaints in jobs with and without electronic performance monitoring. *Appl Ergon* 1992; 23: 17–27
- [12] Smith MJ, Conway FT, Karsh BT. Occupational stress in human computer interaction. *Ind Health* 1999; 37: 157–173
- [13] Clarner A, Graessel E, Scholz J et al. Work-related posttraumatic stress disorder (PTSD) and other emotional diseases as consequence of traumatic events in public transportation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 549–564
- [14] Kim TJ, von dem Knesebeck O. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health* 2015; 15: 985
- [15] Muschalla B, Linden M. Specific job-anxiety in comparison to general psychosomatic symptoms at admission, discharge and six months after psychosomatic inpatient treatment. *Psychopathology* 2012; 45: 167–173
- [16] Muschalla B, Linden M. Workplace Phobia – A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychol Health Med* 2009; 14: 591–605
- [17] Haines J, Williams CL, Carson JM. Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *Int J Stress Manage* 2002; 9: 129–145
- [18] Muschalla B, Heldmann M, Fay D. The significance of job-anxiety in a working population. *Occup Med* 2013; 63: 415–421
- [19] Smith ME. Work Phobia and sickness leave certificates. *Afr J Psychiatry* 2009; 12: 249–252
- [20] Nash-Wright J. Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. *Professional Case Management* 2011; 16: 55–59
- [21] Muschalla B, Fay D, Jöbges M et al. Evaluation einer Gruppentherapie für arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Behandlungsmanual und Abschlussbericht zum DRV-Forschungsprojekt. Brandenburgklinik Bernau und Universität Potsdam, Arbeits- und Organisationspsychologie 2014
- [22] Linden M, Hautzinger M. Verhaltenstherapiemanual. Berlin: Springer; 2011
- [23] Muschalla B. Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie* 2014; 24: 48–55
- [24] WHO World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992
- [25] APA American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2015
- [26] Payne RL, Fineman S, Jackson PR. An interactionist approach to measuring anxiety at work. *Journal of Occupational Psychology* 1982; 55: 13–25
- [27] Muschalla B, Linden M, Jöbges M. Effects of a short term cognitive behavior therapy group on work-anxiety and sickness absence in rehabilitation inpatients. Results from a cluster-randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2016 in press
- [28] Moukheiber A, Rautureau G, Perez-Diaz F et al. Gaze avoidance in social phobia: objective measure and correlates. *Behav Res Ther* 2010; 48: 147–151
- [29] Linden M, Baron S, Muschalla B et al. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe; 2015
- [30] Shearer S, Gordon L. The patient with excessive worry. *American Family Physician* 2006; 73: 1049–1056
- [31] Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 63–75
- [32] Muschalla B, Bengel J, Morfeld M et al. Herausforderungen einer teilhabeorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2016; 01/16: 37–42
- [33] WHO World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001
- [34] Kosarz P, Broda M. Prävention und rehabilitation. In: Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie*. 2007: 229–241
- [35] Linden M, Walter M, Fritz K et al. Häufigkeiten und Spektrum von unerwünschten Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Nervenarzt* 2015; 86: 1371–1382
- [36] Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 1970
- [37] Haisch J, Haisch I. Sozialpsychologische Grundlagen. In Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie*. 2007: 17–31
- [38] Muschalla B, Fay D, Seemann A. Asking for work adjustments or initiating behavioral changes – what makes a “problematic co-worker” score Brownie points? An experimental study on the reactions towards colleagues with a personality disorder. *Psychol Health Med* 2015; in press
- [39] Epiktet. *Handbüchlein der Moral (Encheiridion)*
- [40] Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Ann Rev Psychol* 1993; 44: 1–22