

1 Gruppenprogramm »Selbstmanagement am Arbeitsplatz«

1.1 Arbeit und psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. In der Allgemeinbevölkerung leiden etwa 30 % der Menschen an einer psychischen Erkrankung (Wittchen et al., 2011). Menschen mit psychischen Erkrankungen haben Beeinträchtigungen in der Lebensbewältigung, insbesondere in Lebensbereichen, die wenig Toleranz für Normabweichungen haben. Dies ist beispielsweise am Arbeitsplatz der Fall. Patienten in der medizinischen Rehabilitation kommen häufig mit vorausgegangenem Arbeitsunfähigkeitszeiten und mit dem Ziel bzw. Auftrag, die berufliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu prüfen und zu verbessern. Auch in der ambulanten Beratung und Behandlung spielen Arbeitsplatzprobleme und (andauernde) Arbeitsunfähigkeit immer häufiger eine Rolle.

Arbeit ist auf der einen Seite eine wichtige Ressource im Leben, die für viele Menschen nicht nur Lohnerwerb, sondern auch soziale Einbindung, Anerkennung und Identitätsstiftung bedeutet. Es gibt jedoch an Arbeitsplätzen naturgemäß auch eine Reihe von Faktoren, die Ängste forcieren können – bei Gesunden und erst recht bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese »Bedrohungsfaktoren« sind beispielsweise Rivalitäten und Rankämpfe bis hin zu Mobbing unter Kollegen (Hauge et al., 2010; Einarsen & Nielsen, 2015), sanktionierende und überwachende Vorgesetzte (Pyc et al., 2017), Mitarbeiterrankings (Barksdale, 2008), Computer-Monitoring von Mitarbeitern (Bhanve, 2014; Griffiths et al., 2007; Smith et al., 1992, 1999), Unfallgefahren (Clarner et al., 2015), sowie Ungewissheiten, was an betrieblichen Neuerungen oder gar Arbeitsplatzunsicherheit (Kim & von dem Knesebeck, 2015) auf einen zukommen mag (Muschalla & Linden, 2013).

Arbeitsängste sind spezifische auf den Arbeitskontext bezogene Ängste, die von anderen Angsterkrankungen klinisch wie empirisch abgrenzbar sind (Muschalla & Linden, 2009, 2012, 2013; Haines et al., 2002; Smith, 2009). In einer Befragung unter psychisch gesunden Berufstätigen berichteten etwa 5 %, dass sie sich auch schon einmal wegen unerträglicher Probleme am Arbeitsplatz hatten krankschreiben lassen (Muschalla et al., 2013). Untersuchungen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation seit 2004 zeigen, dass etwa 30 bis 60 % der Patienten in der medizinischen Rehabilitation von Arbeitsängsten betroffen sind (Muschalla & Linden, 2013). Unter Hausarztpatienten mit psychischen Erkrankungen leiden 10 % unter einer Arbeitsplatzphobie (Muschalla & Linden, 2014). Arbeitsängste können im Rahmen einer psychischen Grunderkrankung vorkom-

men oder aber auch als eigenständige Syndrome. Arbeitsängste haben auch wegen ihrer sozialmedizinischen Konsequenzen (Langzeitarbeitsunfähigkeit und Frühberentung) Krankheitswert. Sie gehen durch lange Arbeitsunfähigkeitsdauern auch mit hohen Kosten für den jeweiligen Betrieb und die Gesellschaft einher.

1.2 Was sind Arbeitsängste und deren typische Probleme bei der Arbeit?

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. Arbeitsängste können am Arbeitsplatz oder auch bei Gedanken an oder beim Sprechen über den Arbeitsplatz sichtbar werden. In vielen Fällen führen sie zu Vermeidungsverhalten in Form von Arbeitsunfähigkeit. Betroffene wirken zum Teil gesund, solange man nicht das Thema »Arbeit« anspricht. Arbeitsängste sind dann als krankheitswertig einzuschätzen, wenn sie im Arbeits- oder Lebensalltag bei den Betroffenen zu beobachtbaren Teilhabebeeinträchtigungen führen: ein Patient mit sozialer Angst am Arbeitsplatz bleibt beispielsweise der Teamsitzung fern, ein Patient mit Sorgenangst macht Überstunden und hat keine Zeit mehr für die Familie, ein Patient, der aufgrund von Arbeitsängsten langzeitarbeitsunfähig ist, verliert seinen Job.

Psychopathologisch können analog zu den bekannten Angstqualitäten verschiedene Formen von Arbeitsängsten unterschieden werden (WHO, 1992; APA, 2015; Muschalla & Linden, 2013). Diese Arbeitsängste sind in verschiedenen unabhängigen empirischen Studien beobachtet und validiert worden (Muschalla, 2014a; Muschalla & Linden, 2009, Haines et al., 2002; Payne et al., 1982; Muschalla et al., 2013, 2016).

- *Situationsbezogene phobische Ängste* sind Ängste vor bestimmten Arbeitsanforderungen, -aufgaben, -orten. Die Ängste äußern sich in angstvollen Kognitionen und Vermeidungsverhalten in Bezug auf die angstausslösende Situation. Solche Ängste können gelernt sein (bspw. Angst vor der Arbeit mit einem speziellen Computerprogramm, nachdem ein folgenschwerer Fehler passiert ist). Sie gehen häufig mit Vermeidungstendenzen einher. Die ausgeprägteste Variante einer arbeitsbezogenen phobischen Angst ist die *Arbeitsplatzphobie*. Sie geht einher mit panikartigem physiologischem Arousal, wenn nur die Sprache auf den Arbeitsplatz kommt (Haines et al., 2002). Patienten vermeiden in der Regel jegliche Annäherung an den Arbeitsplatz. Die Arbeitsplatzphobie geht mit den längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten und unter Umständen auch Arbeitsplatzverlust einher (Muschalla & Linden, 2009).
- *Arbeitsbezogene soziale Ängste* können sich darauf beziehen, sich vor dem Vorgesetzten oder Kollegen bei der Arbeit zu blamieren, in einer Besprechungs-

runde angesehen zu werden oder 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, wie beispielsweise zu viel oder zu schnell reden oder anderen ins Wort fallen. Informelle Small-Talk-Situationen bis hin zu wichtigen Team-sitzungen oder die Übernahme von Vorträgen werden vermieden. Soziale Ängste können entweder als angeborene sozialphobische Angst (Blickphobie, Moukheiber et al., 2010) bei der Arbeit hinderlich werden. Sie können aber auch 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 beispielsweise »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 (z. B. Testdiagnostik, kognitives Training, Belastungserprobung) einzulassen. Insuffizienzängste kommen häufig im Rahmen (abklingender) depressiver Episoden vor. Es kommt ggf. zu Situationen, in denen Therapeuten nach Beobachtungsbefund Patienten gerne mit einer stufenweisen Wiedereingliederung ins Arbeitsleben zurückschicken möchten, Patienten sich dies aber noch nicht zutrauen und vermeidungsbedingt eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit ohne stufenweise Wiedereingliederung anstreben.
- *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 Erkrankung nicht arbeiten oder nur unter Verschlimmerung der Erkrankung arbeiten zu können. Beispiele sind die Befürchtung, nach einem Herzinfarkt nicht mehr am Schreibtisch arbeiten zu können, da Stress tödlich sein kann, oder die Idee, wegen Geräuschen im Großraumbüro einen Tinnitus zu entwickeln. In Fällen krankheitsbezogener Ängste ist eine sorgfältige Differenzierung zwischen der tatsächlichen körperlichen Leistungsfähigkeit und den Ängsten vorzunehmen (Linden et al., 2015).
- *Arbeitsbezogene Sorgenängste* sind Ängste im Sinne von »Worrying« (Shearer & Gordon, 2006; Linden & Hautzinger, 2015), wie bei einer generalisierten Angsterkrankung. Betroffene machen sich ständig Gedanken und Sorgen um zukünftige potentiell auf sie zukommende Probleme und Katastrophen. Sorgen-themen sind nicht unbedingt »große Probleme«, sondern Alltagskleinigkeiten, wie beispielsweise »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 vier Wochen anfängt? Warum hat mich

der Chef nicht bei der E-Mail in Kopie gesetzt?« u. Ä. Diese Alltagsorgen kumulieren und führen bei Betroffenen zu Daueranspannung und stetigem Aktionismus, mögliche 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 (Muschalla & Linden, 2009, 2013) oder gar bereits den Arbeitsplatz verloren haben, bleiben Menschen mit Sorgenangst oft auch in desolatem Zustand am Arbeitsplatz, da sie die Ungewissheitsgefühle, die sie bei Abwesenheit erleben würden, nicht aushalten können (Muschalla & Linden, 2013; Sanderson & Andrews, 2006).

1.3 Was kann man gegen Arbeitsängste tun?

Arbeitsängste haben aufgrund ihrer schwerwiegenden sozialmedizinischen Folgen und dem existentiell bedeutsamen Stimulus eine eigenständige Krankheitswertigkeit (Muschalla & Linden, 2013). Sie können im ICD-10 als Angsterkrankung verschlüsselt werden, bspw. als F 41.8 Arbeitsbezogene Angst, oder F 40.8 im Fall einer Arbeitsplatzphobie (WHO, 1992). Die Psychopathologie sollte dabei spezifiziert werden, z. B. arbeitsbezogene Insuffizienzangst, arbeitsbezogene Sorgenangst, Arbeitsplatzphobie. Arbeitsängste benötigen spezifische Behandlung. Anders als bei herkömmlichen Angsterkrankungen sind bei Arbeitsängsten kontrollierte, gestufte, anonyme Expositionen in vivo schwierig durchführbar. 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 (Linden & Hautzinger, 2015; Muschalla, 2014b). 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 (Nash-Wright, 2011).

Mit Blick auf eine moderne multimodale Behandlung die auf Gesundheitsprobleme im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF eingeht (Linden et al., 2015; Muschalla et al., 2016a) kann die Behandlung von Arbeitsängsten auf drei verschiedenen Ebenen ansetzen (WHO, 2001):

1. Im Hinblick auf die Psychopathologie, d. h. die *Funktionsstörung*, ist das Ziel die Angstsymptomatik zu reduzieren (Linden & Hautzinger, 2015).
2. In Bewältigungstrainings, die auf der *Fähigkeitsebene* ansetzen (Linden et al., 2015; Muschalla, 2014b), 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 bei chronischen Problemen geprüft werden, ob auf der Ebene der *Teilhabe und Kontextfaktoren* (Linden et al., 2015) 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 (Muschalla & Linden, 2013).

Mit der Berücksichtigung dieser drei Ebenen fokussiert Arbeitsangst-Behandlung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes auf das »Verhalten« (Funktions- und Fähigkeitenebene) ebenso wie auch auf die »Verhältnisse« (Kontextfaktoren), analog zum Verhaltens- und Verhältnismodell in der Präventionswissenschaft (Korasz et al., 2007).

Die Gruppe kann – im Rahmen eines Klinikaufenthaltes oder auch im ambulanten Setting – für Patienten mit arbeitsbezogenen Problemen und Ängsten durchgeführt werden. Man kann sie unter dem Titel »Selbstmanagement am Arbeitsplatz« anbieten. Dieser Titel macht deutlich, dass die Aufmerksamkeit nicht primär auf situative Umstände und deren Veränderung gelegt werden soll, sondern auf den eigenen Umgang mit alltäglichen Phänomenen am Arbeitsplatz. Das Gruppenprogramm kann – in Abhängigkeit von der Qualifikation der Durchführenden – in zwei Varianten durchgeführt werden:

- Als *edukative Gruppe* oder *Trainingsgruppe* 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 informationsvermittelndes und fähigkeitsorientiertes Training für Patienten mit berufsbezogenen Problemlagen. Diese edukative Gruppe kann bspw. von Sozialarbeitern und Diplom/Master-Psychologen durchgeführt werden, die mit dem Thema Arbeit und Arbeitsbewältigung vertraut sind. In der edukativen Gruppe spielt es keine Rolle, welche Grunderkrankung die Patienten jeweils haben. Der Durchführende muss die Erkrankungsbilder der einzelnen Patienten nicht kennen. Als Edukations- und Trainingsgruppe findet das Programm geeigneterweise in der Gruppe statt.
- Als *psychotherapeutische Gruppe* wird die Gruppe von approbierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Teilnehmen können Patienten mit krankheitswertigen arbeitsbezogenen Ängsten oder psychischen

Erkrankungen mit Arbeitsplatzproblemen. Falls sie im Kliniksetting stattfindet, sollten Patienten in diese Gruppe durch den Gesamtbehandlungsverantwortlichen (Bezugs-Arzt oder -Psychotherapeut) zugewiesen werden. Der Bezugstherapeut informiert den Gruppenpsychotherapeuten vorab über die Erkrankung bzw. Psychopathologie und gibt ihm einen individuellen konkreten Beobachtungsauftrag und ein psychotherapeutisches Ziel für den Patienten für die Gruppe. Um Psychotherapie in der Gruppe durchzuführen, ist es für den Psychotherapeuten notwendig, jeden Patienten mit Befund und Erkrankung zu kennen. Nur dann ist die notwendige einzelfallorientierte Anwendung psychotherapeutischer Methoden möglich. Alternativ zum Gruppensetting können die Inhalte auch im psychotherapeutischen Einzelgespräch mit Patienten behandelt werden.

Für die Durchführung gilt, dass Psychotherapeuten psychotherapeutisch oder auch edukativ und trainingsorientiert arbeiten können. Diplom/Master-Psychologen oder Sozialarbeiter arbeiten edukativ und trainingsorientiert. In den einzelnen Modulen wird jeweils beispielhaft beschrieben, was edukativ und trainingsorientiert, und was psychotherapeutisch getan werden kann.

1.4 Psychotherapeutisches Vorgespräch

Für eine psychotherapeutische Gruppe sollte mit jedem Teilnehmer ein Vorgespräch geführt werden. Dies dient zur Klärung der psychotherapeutischen Zielsetzung, d. h. was soll der individuelle Patient in der Gruppe lernen oder üben? In einem psychotherapeutischen Vorgespräch im Einzelsetting kann die Art der Arbeitsangst-Symptomatik und/oder des Arbeitsplatzproblems geklärt werden. Außerdem wird das psychotherapeutische Ziel für die Teilnahme in der Gruppe mit dem Patienten besprochen. Dem Patienten kann auch zur Einstimmung vor Beginn der Gruppentherapie ein symptombezogener Selbststrating-Fragebogen (z. B. Job-Angst-Skala JAS, in Muschalla & Linden, 2013), oder ein arbeitsbezogener Coping-Fragebogen (z. B. JoCoRi, Muschalla et al., 2016) gegeben werden.

Als Explorationshilfe kann der Therapeut das Mini-Arbeits-Angst-Interview (in Muschalla & Linden, 2013) verwenden, sowie den Work-Ability-Index (WAI, Tuomi et al., 1998) zur Erfassung der Selbsteinschätzung des aktuellen subjektiven Arbeitsfähigkeitserlebens. Wichtig ist, dass all diese Instrumente als Explorationshilfen verstanden werden. Es dürfen nicht allein aus den Selbstberichten der Patienten Diagnosen abgeleitet werden. Eine Feststellung einer krankheitswertigen Symptomatik ist *lege artis* mit dem psychopathologischen Befund und einer speziellen Anamnese zu begründen.

Im Hinblick auf die arbeitsbezogene Symptomatik sollte vor allem das aktuelle problematische und beeinträchtigende arbeitsbezogene Vermeidungsverhalten exploriert werden. Edukativ kann der Mechanismus von Angst und die Bedeu-

tung von Vermeidungsverhalten erläutert werden. Es wird dann mit dem Patienten die individuelle Zielsetzung für die Gruppenpsychotherapie besprochen (► Kasten 1). Es sollte sachlich-nüchtern auf mögliche häufig in Gruppen vorkommende normale Nebenwirkungen hingewiesen werden (► Kap. 1.9). Erfahrungsgemäß erleben Patienten einen solchen Hinweis nicht als ängstigend, sondern als Entlastung. Sie können mögliche auftretende Nebenwirkungen somit besser einordnen und wissen, dass auch der Therapeut auf Nebenwirkungslinderung achten kann. Am Ende des Vorgesprächs erhält der Patient ein Informationsblatt über die Inhalte und Anliegen der Gruppe (► Anhang).



Kasten 1: Vorgespräch zur Gruppenpsychotherapie: Einführung des Angst-Rationals und der Bedeutung des Vermeidungsverhaltens

Der Psychotherapeut versucht, im Sinne eines Motivational Interviewing (Marker & Norton, 2018) eine Akzeptanz bzw. einen Anreiz für die Wiedernäherung an vermiedene Aktivitäten am Arbeitsplatz zu schaffen. Er bezieht den Patienten dabei aktiv mit ein. Es kann hilfreich sein, wenn dabei eine Induktion von leichtem Ärger beim Patienten auf sein eigenes Vermeidungsverhalten gelingt. Beispielsweise kann der Betroffene dahin gelenkt werden, es als ärgerlich wahrzunehmen, dass er durch diese Ängste und das Vermeidungsverhalten seine Kompetenzen und Fähigkeiten gar nicht richtig nutzen kann: Es ist ärgerlich, dass 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 zur Vermeidungsüberwindung zu unternehmen. Das Ziel ist das Erwecken kognitiver Dissonanz (Haisch & Haisch, 2007), in dem Sinne, dass neben den bislang dominierenden Vermeidungszielen alternativ Annäherungsziele aufgebaut werden.

Formulierungsbeispiele für den Psychotherapeuten:

- »Dass eine gestandene Frau wie Sie sich von einem solchen Chef so beeindrucken lassen kann...?«
- »Kann es sein, dass Sie in der Zukunft wieder einmal in die Situation kommen werden mit Vorgesetzten zu sprechen?«
- »Was hat Ihnen denn ursprünglich an der Arbeit gefallen oder Spaß gemacht?«
- »Was hätten Sie denn davon, wenn es Ihnen gelingt, wieder mit Chefs reden zu können?«
- »Das scheint jetzt noch nicht vorstellbar für Sie zu sein, dass Sie jemals wieder mit diesem Chef sprechen.... Könnten Sie sich vorstellen es zu versuchen, sich schrittweise dem Ziel anzunähern, mit Vorgesetzten sprechen zu können...?«

- »Wollen Sie sich X zum Ziel machen und auch die Gruppe zu diesem Ziel nutzen?«
- »Wie könnten Sie sich vorstellen, dieses Ziel zu erreichen? Was müssten Sie tun?«

Bestenfalls kommt der Patient an dieser Stelle selbst darauf, dass er sich schrittweise mit Übungen dem Ziel annähern kann. Ansonsten kann einem Patienten mit Vermeidungsangst das Verfahren der gestuften Exposition vermittelt werden. Es wird eine Schwierigkeitshierarchie mit einigen überschaubaren Stufen bzw. konkreten Übungssituationen erarbeitet und schriftlich festgehalten. Der Patient wird beauftragt, sein Ziel und ggf. seine Übungshierarchie mit in die erste Gruppensitzung zu nehmen und den Therapeuten sowie die anderen Teilnehmer über sein Ziel in der Gruppentherapie zu informieren. Damit ist gleichzeitig eine öffentliche soziale Verpflichtung gebahnt, die einmal mehr Anreiz für die tatsächliche Durchführung und das Festhalten am Ziel schaffen kann. Die Tatsache, dass alle Teilnehmer in der Gruppe eigene Ziele und Übungen vorhaben, schafft Erleichterung (»Ich bin nicht der Einzige, der Probleme hat.«). Sie schafft auch ein gemeinsames Erleben von Selbstwirksamkeitszuwachs im Verlauf der Teilnahme an mehreren Gruppensitzungen. Gleichzeitig ist dies für den Gruppenleiter die Vorlage, um im Verlauf regelmäßig auf die individuellen Ziele der einzelnen Patienten zurückzukommen.

1.5 Organisation der Gruppe

Das Gruppenprogramm – edukativ wie psychotherapeutisch – ist modular organisiert und folgt dem »4-T«-Konzept (Thema – Topic – Technik – Task). In der Gruppe kann damit ein breites Spektrum möglicher Themen bedient werden, bei immer wiederkehrenden und gezielt einsetzbaren therapeutischen Topics (Zielen), und mit variabel handhabbaren Techniken. Es ist damit sehr flexibel. Am Ende jeder Sitzung erhalten die Teilnehmer eine generelle oder individuelle Task (Hausaufgabe), die sie bis zum nächsten Gruppentermin durchführen sollen.

Das Gruppenprogramm ist offen gestaltet, so dass in jeder Sitzung neue Teilnehmer dazukommen können. Neue Teilnehmer erhalten vor der ersten Gruppensitzung ein Infoblatt, in dem die Ziele der Gruppe zusammengefasst sind (► Anhang).

In jeweils einer Sitzung (90 Min.) wird ein Schwerpunktthema behandelt. Die Teilnahme an fünf oder mehr Gruppensitzungen wäre optimal, um für die Patienten bemerkbare Verbesserungen zu erzielen (Muschalla et al., 2014).

1.5.1 Thema (über was wird geredet)

Eine Sitzung behandelt in der Regel jeweils ein abgeschlossenes inhaltliches Thema. Ein Thema ist das, worüber geredet wird. Die Themen sind frei wählbar, die Folge der Gruppensitzungen aufeinander unterliegt keinem starren Schema. Je nach Gruppenteilnehmern sind die inhaltlichen Themen auswählbar. Themen sind unabhängig von den therapeutischen Zielen (Topics).

1.5.2 Topic (edukatives oder psychotherapeutisches Ziel)

Unabhängig vom Thema werden therapeutische Topics verfolgt. Topics sind die therapeutischen Ziele des Gruppenleiters. Ein Topic kann an jedem möglichen inhaltlichen Thema bearbeitet werden. Es geht darum, den Patienten grundsätzliche Fertigkeiten zu vermitteln (z. B. Problemlösen), dies kann anhand jeden möglichen inhaltlichen Themas geschehen (z. B. Urlaubsplanung, Vorbereitung einer Teamsitzung). Es werden edukative und psychotherapeutische Topics unterschieden.

Edukativ gibt es zwei Schwerpunkte. Zum einen soll sozial und arbeitsorganisatorisch geschicktes Verhalten am Arbeitsplatz auf der Fähigkeitsstufe trainiert werden. Dies sind beispielsweise Fähigkeiten zur Kooperation und zum Konfliktmanagement, Verhalten in Bewerbungs- und Vortragssituationen, sowie Problemlösen. Zum zweiten sollen Patienten Unterscheidungskompetenz erhalten um zwischen Problemen aufgrund persönlicher Beeinträchtigungen einerseits und strukturellen Problemen andererseits zu unterscheiden. Patienten sollen Möglichkeiten und Grenzen des Handlungsspielraums bei der eigenen Arbeit erkennen und die Handlungsspielräume auf ihrer Arbeit effektiv nutzen lernen.

Psychotherapeutische Topics bestehen in der Psychotherapiegruppe darüber hinaus darin, Symptomtoleranz zu üben und Psychopathologie zu reduzieren. Dies geschieht beispielsweise durch Techniken wie Reaktionsexposition, Übungen zur kognitiven Umbewertung bei dysfunktionalen Erwartungen oder Glaubenssätzen.

1.5.3 Technik (was macht der Gruppenleiter gezielt, um Topics zu vermitteln)

In der psychotherapeutischen Gruppe werden über die edukativen Informationsvermittlungen und generellen Trainingsübungen hinaus, die für den Einzelfall passenden psychotherapeutischen Techniken angewendet.

Im Fähigkeitentraining (*Edukationsgruppe*) werden psychopathologieunabhängig Arbeitsorganisationsaspekte, Problemlöse- und Konfliktlösungs-Strategien, Zielplanung und Umsetzung von Vorhaben anhand konkreter Beispiele und in Rollenspielen geübt. Dies geschieht in Anlehnung an bewährte Verhaltenstrainings-Ansätze aus Gruppen-Konzepten (Hinsch & Pfingsten, 1998; Ullrich de Muynck & Ullrich, 1998; Hillert et al., 2007; Kaluza, 2004). Auch der für viele

Arbeitnehmer im mittleren Erwerbsalter (um 50 Jahre) bedeutsame Umgang mit körperlichen Beeinträchtigungen bei der Arbeit wird thematisiert. Hinsichtlich der Kontextbedingungen werden Informationen zu den Möglichkeiten und Grenzen von Veränderungen am Arbeitsplatz gegeben.

In der *Psychotherapiegruppe* werden psychopathologiebezogen und einzelfallorientiert die therapeutischen Topics mittels evaluierter verhaltenstherapeutischer Techniken bearbeitet (Linden & Hautzinger, 2015). Für die Durchführung von Reaktionsexposition und -management, die auf eine Reduktion der Angstsymptomatik zielt, wird auf bewährte kognitive und verhaltensbezogene Strategien der Angstbewältigung und Reaktionsexposition sowie auf Techniken der kognitiven Umstrukturierung zur Reduktion dysfunktionaler Sorgen und Einstellungen zurückgegriffen. Über Zeitprojektionsmethoden und geleitetes Entdecken in der Gesprächsführung werden kurz-, mittel- und langfristige Konsequenzen einzelfallorientiert und krankheitsbezogen gegeneinander abgewogen (Linden & Hautzinger, 2015). Die Interventionen beziehen sich direkt auf die Psychopathologie, beispielsweise die unterschiedlichen arbeitsbezogenen Angstformen. Grundlage bieten Gruppentherapie-Manuale zur Angstbewältigung (Alsleben et al., 2004; Margraf & Schneider, 1990; Schmidt-Traub, 2000; Stangier et al., 2003).

1.5.4 Task (Hausaufgabe)

Tasks stellen Aufgaben dar, die die Patienten in der Zeit zwischen den Gruppentherapiesitzungen erledigen sollen. Dies sind verhaltensorientierte Hausaufgaben im Sinne von Beobachtungsübungen, Rollenspielen, Anfertigung schriftlicher Protokolle über ein durchgeführtes Verhaltensexperiment, Ideensammlungen oder Recherchen zu bestimmten Sachverhalten. Hausaufgaben werden am Ende jeder Gruppensitzung mit den Patienten abgestimmt. Sie dienen der Vertiefung oder praktischen Anwendung des in der Gruppensitzung Erarbeiteten. Es ist äußerst wichtig, als Gruppenleiter zu Beginn der nächsten Gruppensitzung nach den Ergebnissen der letzten Hausaufgaben zu fragen. Hilfreich kann es sein, neuen Patienten ein Notizbuch in Hosentaschenformat zu geben, mit der Bitte, dieses Buch für Zusammenfassungen der Erkenntnisse aus den einzelnen Sitzungen sowie für ihre Erfahrungsberichte aus den Tasks zu verwenden.

In der *Edukationsgruppe* können Hausaufgaben vergeben werden, die fähigkeits- und übungsorientiert für alle Patienten gleichermaßen nützlich sind.

In der *Psychotherapiegruppe* können für einzelne Patienten psychopathologiebezogen spezielle Hausaufgaben gegeben werden: So könnte beispielsweise Frau M. (Expositionsübung bei phobischer Computerangst) eine Selbstbeobachtung durchführen hinsichtlich ihrer Anspannungskurve bei zweistündiger Arbeit am Computer, während Herr B. (Aktivitätsförderung nach depressionsbedingtem Insuffizienz erleben) einen Tagesarbeitsplan mit Teilzielen für seine Arbeit am Computer erstellt.