

Andreas Hillert / Stefan Koch / Susanne Hedlund

# Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm

Vandenhoeck & Ruprecht





Andreas Hillert / Stefan Koch / Susanne Hedlund

# Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Ein stationäres berufsbezogenes  
Gruppenprogramm

**TRAINERHANDBUCH**

Mit 55 Abbildungen und 7 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Illustration: Andrea Schraml, Freiburg ([www.illustration-schraml.de](http://www.illustration-schraml.de))

Der Druck erfolgte mit freundlicher Unterstützung der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-49104-1

ISBN 978-3-647-49104-2 EBook

© 2007, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.

Internet: [www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: Quensen Druck + Verlag, Hildesheim/Lamspringe

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

# Inhalt

Vorwort – Stressbewältigung am Arbeitsplatz .....	7
Zur Arbeit mit dem Programm .....	11
<b>Teil 1 · Hintergründe und Grundlagen des berufsbezogenen Therapieprogramms</b> .....	13
1.1 Arbeitsbelastungen und psychosomatische Gesundheit .....	14
1.2 Berufsbezogene Behandlungsverfahren .....	21
1.3 Indikation zur Teilnahme am berufsbezogenen Therapieprogramm ....	26
1.4 Inhalt und Abläufe des SBA-Programms .....	28
1.5 Evaluation der SBA .....	30
1.6 Gestaltung der Gruppentherapie .....	33
<b>Teil 2 · Das Manual</b> .....	36
Vorgespräch mit den Patienten .....	37
Erläuterungen zur Anwendung des Manuals .....	38
Bedeutung der verwendeten Symbole .....	38
Allgemeine Vorbereitungen für die Sitzungen der SBA .....	39
1. Sitzung: Einleitung .....	40
2. Sitzung: Arbeit und Gesundheit .....	48
3. Sitzung: Soziale Kompetenz am Arbeitsplatz .....	56
4. Sitzung: Soziale Konflikte am Arbeitsplatz .....	64
5. Sitzung: Grundlagen der Stressbewältigung .....	76
6. Sitzung: Umsetzung von Stressbewältigungsstrategien .....	88
7. Sitzung: Individuelle Ressourcen und berufliche Neuorientierung .....	100
8. Sitzung: Abschlussitzung und weiterführende Literatur .....	108
<b>Teil 3 · Kopiervorlagen</b> .....	126



## Vorwort – Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Bedarf ein Therapiemanual zur »Stressbewältigung am Arbeitsplatz« (SBA), das auf die Situation beruflich belasteter psychosomatischer Patienten fokussiert, heute noch einer weitergehenden Begründung oder gar Rechtfertigung? Dass die Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt härter geworden sind, insbesondere für gesundheitlich beziehungsweise psychosomatisch vorbelastete Menschen, ist für jeden, der in die Behandlung dieser Patienten involviert ist, unübersehbar. Das vorliegende Manual verfolgt das Ziel einer verbesserten, stabileren beruflichen Wiedereingliederung psychosomatischer Patienten durch Förderung eines angemessenen, selbstsicheren Umganges mit den verschiedensten (nicht-fachlichen) Anforderungen am Arbeitsplatz. Angesichts der komplexen Interaktionen psychischer Gesundheit mit der biopsychosozialen Wirklichkeit des individuellen Patienten sollte SBA von möglichst erfahrenen, insbesondere auch in der Durchführung von Gruppentherapien geübten ärztlichen und/oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. SBA umfasst acht doppelstündige Sitzungen (90 Minuten), was bei zwei Sitzungen/Woche einen zumindest vierwöchigen, bei Verdichtung des Programms auf drei Sitzungen/Woche einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt voraussetzt. Auch wenn SBA bislang nur in der stationären Behandlung psychosomatischer Patienten evaluiert wurde, liegen inhaltliche Adaptationen für Bereiche der Sucht und der medizinischen Rehabilitation nahe; ein entsprechendes Projekt wird derzeit im Bereich der orthopädischen und der kardiologischen Rehabilitation durchgeführt<sup>1</sup> (Hillert et al., 2007).

Zunächst mag überraschen, dass bisher kein evaluiertes berufsbezogenes Gruppentherapieprogramm zur Verfügung stand. An einem allgemeinen Mangel an Behandlungsmanualen im Bereich der Psychotherapie und Rehabilitation kann es nicht gelegen haben. Das Spektrum einschlägiger – zumeist kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierter – Therapieprogramme ist nahezu unüberschaubar breit. Es umfasst manualisierte Entspannungstrainings, syndrom- und diagnosebezogene Therapieprogramme, beispielsweise zur Angst-, Depressions- und Zwangsbewältigung. Darüber hinaus liegen zahlreiche Manuale zur verbesserten Bewältigung körperlicher beziehungsweise körperlich erlebter Störungen (chronischer Schmerzen, Diabetes, Hauterkrankungen u. v. m.) vor; wiederum andere zielen auf eine Verbesserung umschriebener Aspekte sozialer und persönlicher Kompetenzen ab, vom klassischen Selbstsicherheitstraining über die Förderung von Kernkompetenzen wie Entscheidungsfähigkeit oder auch Emotionsbewältigung bis zur Förderung des

<sup>1</sup> »Entwicklung und Evaluation eines indikationsübergreifenden Schulungsmoduls zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation mit niederschwelligem Zugang« (Laufzeit 05/2005 bis 04/2007; Förderkennzeichen 01GD0402 [Klinik Roseneck, Prien] und 01GD0403 [Universität Mainz]), gefördert im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung.

Selbstmanagements. Und natürlich sind – allerdings nicht für die oben umschriebene Zielgruppe spezifiziert – Stressbewältigungstrainings auf dem Markt, die inhaltlich Elemente von Entspannungstrainings, sozialen Kompetenz- und Kommunikationstrainings sowie Strategien zur Reflexion und Veränderung dysfunktionaler kognitiver Schemata, das heißt überhöhter Selbstansprüche und anderer »Stressverstärker«, integrieren.

Dass angesichts unübersehbarer beruflicher Probleme vieler psychosomatischer Patienten der naheliegende Schritt in Richtung einer dezidiert berufsbezogenen Therapiegruppe erst spät vollzogen wurde, dürfte durch ein traditionelles medizinisch-therapeutisches Selbstverständnis mitbedingt sein. Demnach kann ein dank sachkundiger Behandlung glücklich genesener Patient anschließend, weil gesund, auch wieder problemlos seine Arbeit bewältigen. Und zielt letztlich nicht alles, was in Kliniken, in medizinischen wie psychotherapeutischen Settings geschieht, auch darauf ab, dass Patienten später in ihrem Beruf zurechtkommen? Zudem: Wozu braucht es zusätzliche berufsbezogene Programme, wenn die Förderung der beruflichen Reintegration in die Zuständigkeit der Sozialberatung fällt und in einen nicht-psychotherapeutischen Kontext delegierbar ist? Wir sehen – gewissermaßen als Antwort auf diese hier zugegebenermaßen rhetorisch akzentuierten Fragen – die therapeutische Notwendigkeit einer berufsbezogenen Therapiegruppe vor allem darin, den Transfer der unter anderem im stationären kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting erreichten Therapiefortschritte in die Arbeitswelt der Betroffenen zu verbessern. Neben den institutionellen Schnittstellen gilt es, die in der Wahrnehmung und Bewertung der Betroffenen liegenden »intrapyschischen« Barrieren zu überwinden (»In der Klinik schaff' ich das, aber am Arbeitsplatz ist alles anders ...«). Dies entspricht nicht zuletzt dem Hauptauftrag der durch die Rentenversicherer getragenen stationären psychosomatischen Rehabilitation und schließt eine Lücke in bestehenden stationären Behandlungsprogrammen.

Der primär pragmatische Charakter der Thematik hat zudem sicherlich mit dazu beigetragen, dass das Feld beruflicher Belastung und Bewältigung bislang auch für die Psychotherapieforschung wenig attraktiv erschien und dort bis heute ein Schattendasein führt. Erst in den letzten Jahren wurden berufsbezogene Behandlungskonzepte intensiver beforscht und diskutiert. Hierzu gaben die rehabilitationswissenschaftlichen Förderprogramme, die auf eine gemeinsame Initiative der (seinerzeitigen) Bundesanstalt für Arbeit (BfA), der heutigen Deutschen Rentenversicherung, und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zurückgingen, wichtige Impulse.

Dass das SBA-Manual in der vorliegenden Form möglich wurde, ist einer Folge von glücklichen Umständen zu verdanken. In der kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck gab es seit deren Gründung 1984 engagierte Sozialtherapeutinnen, die ergänzend zur stationären Psychotherapie schon früh therapiebegleitende berufliche Belastungserprobungen, das heißt meist halbtägig und mehrwöchig angelegte Praktika für Patienten an externen Praktikumsplätzen, organisierten. Im Rahmen der ersten Förderphase des Reha-Forschungsverbundes Bayern (RFB) wurde es möglich,

diese externen beruflichen Belastungserprobungen für stationär behandelte psychosomatische Patienten im Rahmen einer randomisierten Studie<sup>2</sup> zu evaluieren (Hillert et al., 1998; 2002). So vielversprechend die Ergebnisse waren, so deutlich wurden die Grenzen des Ansatzes. Die Zahl der hochgradig beruflich belasteten Patienten überstieg bei weitem das, was im Klinikalltag im Rahmen personalintensiver und vom Angebot an Praktikumsplätzen abhängigen Belastungserprobungen angemessen behandelbar war. Hiervon ausgehend lag es nahe, eine die Belastungserprobung ergänzende »Aufarbeitungsgruppe« zu einer berufsbezogenen Therapiegruppe auszubauen. Die Möglichkeit hierzu, einschließlich der Evaluation im Rahmen eines kontrollierten Designs, ergab sich dann von März 2002 bis Mai 2005 im Rahmen der zweiten Förderphase<sup>3</sup>.

Das hier vorgelegte SBA-Manual ist unmittelbar aus diesem Projekt hervorgegangen. Dies hat den Vorteil, dass auch auf der Basis katamnestischer Daten über die Akzeptanz, Praktikabilität und differenzielle Wirksamkeit Aussagen möglich sind (vgl. Abschnitt 1.5). Das Manual entspricht inhaltlich weitgehend dem evaluierten Programm. Es wurden lediglich Abläufe optimiert und die Instruktionen auf ein im klinischen Alltag praktikables Maß reduziert.

Die drei Autoren sind Herrn Professor Dr. Manfred Fichter, der als ärztlicher Direktor der Klinik Roseneck dem Projekt stets unterstützend gegenüberstand, und allen Kollegen, die im Rahmen der Studie und seitdem im klinischen Alltag SBA-Gruppen leiteten und leiten, zu Dank verpflichtet, insbesondere Susanne Rosenthal und Johanna Rambeck. Professor Dr. Edgar Geissner und die Kollegen des (ehemaligen) Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern in Würzburg, namentlich Professor Dr. Dr. Hermann Faller und Elisabeth Trempa, gaben wichtige methodische Hinweise und wertvolle inhaltliche wie moralische Unterstützung. Ohne das Entgegenkommen der oben genannten Förderer, wobei Elisabeth Röcklein (Deutsche Rentenversicherung BUND, Berlin) eine besondere Erwähnung verdient, wäre das Manual in dieser Form nicht realisierbar gewesen. Und selbstverständlich gilt unser ganz besonders herzlicher Dank allen Patienten<sup>4</sup>, die sich durch die zahlreichen Fragebögen nicht abhalten ließen, am Projekt teilzunehmen. Für die anschaulichen Abbildungen sei Frau Andrea Schraml herzlich gedankt.

Wir hoffen, dass das SBA-Manual dazu beiträgt, auch in Ihrer Einrichtung der

2 »Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation – Evaluation im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns« (Laufzeit 09/1999 bis 02/2001; Förderkennzeichen 01GD9815/3), gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Deutschen Rentenversicherung im Rahmen des Forschungsverbundes »Rehabilitationsforschung Bayern«.

3 Projekt: »Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der Psychosomatischen Rehabilitation« (Laufzeit: 03/2002 bis 04/2005; Förderkennzeichen: 01GD0121), gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesforschungsministerium im Rahmen des Forschungsverbundes »Rehabilitationsforschung Bayern«. In beiden Förderphasen erfolgten die Evaluationen parallel in der verhaltenstherapeutischen Klinik Roseneck und der tiefenpsychologisch ausgerichteten psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale, woraus sich die seltene Möglichkeit zu einem direkten Vergleich der Therapieansätze ergab.

4 Aus Gründen der Lesbarkeit wird für die Teilnehmer der SBA ausschließlich das männliche Geschlecht verwendet. Der personellen Realität stationärer Einrichtungen entsprechend, was den hohen Anteil weiblicher Therapeuten anbelangt, wird in Bezug auf die Gruppenleitung hingegen ausschließlich das weibliche Geschlecht verwendet.

vielfach belasteten beruflichen Situation Ihrer Patienten angemessen therapeutisch Rechnung zu tragen. Wenn wir zudem viel Spaß bei der Durchführung wünschen, dann ist dies keineswegs als rhetorische Pointe gemeint. Wenn Patienten realisieren, dass Abstand und Erholung alleine kaum ihre beruflichen und damit oft existenziellen Probleme lösen, werden nicht selten Energien frei, die lebendige und abwechslungsreiche Gruppensitzungen ermöglichen und in vielen Fällen anhaltende positive Folgen für die Teilnehmer erwarten lassen.

## Zur Arbeit mit dem Programm

Der erste Teil des vorliegenden Trainerhandbuches ist den konzeptuellen Grundlagen der Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit sowie den darauf bezogenen verhaltensmedizinischen Interventionen gewidmet. Im zweiten Teil folgt das Therapeutenmanual zur Durchführung der Gruppenintervention. Der dritte Teil schließlich enthält Kopiervorlagen für die Folien und Arbeitsblätter.

Berufliche Probleme können für die biopsychosoziale Gesamtsituation eines Patienten und damit für seine klinischen Symptome – pathogenetisch wie therapeutisch – hochrelevant sein. Das klinische Bild infolge erhöhter beruflicher Belastung und Beanspruchung ist nach aktuellem medizinisch-therapeutischem Verständnis jedoch kein eigenständiges Störungsbild. Das von Patienten oft genannte Burn-out-Syndrom beispielsweise bleibt nach ICD-10 eine syndromal wie kausal undefinierte Zusatzkategorie. Insbesondere bei psychosomatischen Beschwerden kann in den seltensten Fällen ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen Arbeit und Symptomatik festgestellt werden. Zumeist ist die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden multifaktoriell zu begründen, also im Sinne eines Diathese-Stress-Modells durch spezifische und unspezifische berufliche Belastungen wie auch mit der individuellen Vulnerabilität der Betroffenen.

Auch als Argumentationsbasis für im Kursverlauf regelmäßig auftretende Patientenfragen wurde der einführende Teil breiter angelegt. In Abschnitt 1.1 wird ein Überblick über aktuelle Modelle zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit gegeben. Diese wurden zumeist im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie der Sozialmedizin entwickelt. Ein Bezug zur individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigung kann über das Stresskonzept und seine physiologischen wie psychologischen Aspekte hergestellt werden. Die Entwicklung der im Abschnitt 1.2 skizzierten, mehr oder weniger dezidiert psychotherapeutisch-berufsbezogenen Behandlungsverfahren, ging weniger von den genannten theoretischen Konzepten, sondern von pragmatischen sozialtherapeutischen Erwägungen aus. Darüber hinaus wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardverfahren auf die spezielle Thematik hin adaptiert und integriert. Die Indikationsstellung zu störungsspezifischen Behandlungsprogrammen erfolgt üblicherweise direkt anhand der jeweiligen Diagnosekriterien. Gibt es vergleichbare Kriterien, anhand derer sich »beruflich hochbelastete (psychosomatische) Patienten« als solche identifizieren lassen und aus denen sich eine klare Indikation zur SBA-Teilnahme ergibt? Dieser Frage wird in Abschnitt 1.3 nachgegangen. Im darauffolgenden Abschnitt 1.4 wird der inhaltliche Aufbau des SBA-Manuals dargelegt. Angesichts des vergleichsweise wenig entwickelten Forschungsstandes berufsbezogener Interventionsverfahren für klinische Populationen werden in Abschnitt 1.5 kurz die Ergebnisse der kontrollierten Evaluation berichtet. Mit Abschnitt 1.6 zur therapeutischen Gestaltung berufsbezogener Gruppentherapien schließt der erste Teil.

Im zweiten Teil des Handbuches folgt nach einleitenden Hinweisen zur praktischen Handhabung des Manuals eine ausführliche Darstellung des Gruppenprogramms. Das SBA-Konzept umfasst acht Doppelstunden von je 90 Minuten, verteilt auf vier inhaltlich unterschiedlich ausgerichtete Module: (1) Arbeit und Gesundheit, (2) Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, (3) Arbeitsbewältigung und (4) Berufliche Perspektiven. Es werden detaillierte Hinweise zu den Zielen der einzelnen Interventionseinheiten, den benötigten Materialien sowie Erläuterungen zu Durchführung und Ablauf der Sitzungen gegeben. Die in den einzelnen Sitzungen verwendeten Folien und Schaubilder, Arbeitsunterlagen sowie ergänzenden Informationsblätter für die Teilnehmer sind als Kopiervorlagen im dritten Teil des Handbuches zusammengefasst.

# Teil 1

## Hintergründe und Grundlagen des berufsbezogenen Therapieprogramms

## 1.1 Arbeitsbelastungen und psychosomatische Gesundheit

Jeder, der selbst im Arbeitsleben steht, hat zumindest gelegentlich am eigenen Leibe erfahren, in welchem hohem Maße Arbeitsbelastung und Gesundheit, zwischen Erfahrungen von »flow«-Lust und Depressions-Frust, miteinander verwoben sind. Wenn zum Lohnwerb betriebene Arbeit dabei zumindest tendenziell negativ besetzt ist, zumal in der Wahrnehmung psychosomatischer Patienten, ist dies keineswegs neu. Schon im antiken Griechenland arbeitete zum Geldwerb nur derjenige, der es eben nötig hatte. Und im französischen Wort für Arbeit »travailler« steckt sprachgeschichtlich kaum zufällig ein dreizackiges Marterwerkzeug (Bierwisch, 2003). Dass sich mit dem Christentum Arbeit als positiver, gewissermaßen eine gottgegebene Gesellschaftsordnung tragender Wert etablierte, steht auf einem anderen Blatt. Arbeit, zumal unter den aktuellen Bedingungen, geht mit körperlichen und vor allem psychischen Belastungen einher, was wiederum negativen Einfluss auf die Gesundheit haben kann (z. B. Garhammer, 2003). Dies wird heute vielfach mit dem eher diffusen »Burn-out«-Begriff etikettiert (Burisch, 2006; Hillert u. Marwitz, 2006). Etwa zwei Drittel der stationär-psychotherapeutisch behandelten Patienten gehen davon aus, dass bei ihnen berufliche Belastungen in hohem Maße zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung ihrer Erkrankung beigetragen haben (Zielke, 1995; Hillert et al., 2002). Eine beeinträchtigte Gesundheit hat negative Arbeitsleistungen zur Folge, das Arbeitstempo und die Qualität der Arbeit nehmen ab, weshalb der Druck für den Einzelnen weiter ansteigt und sich ein Teufelskreis schließt. Im Sprachjargon unserer Gegenwart: Die oder der Betroffene haben »einfach zu viel Stress«. Die Übergänge zwischen diesem Zustand und manifesten psychischen und psychosomatischen Störungen sind fließend (z. B. Jacobi, 2005).

Aus wissenschaftlicher Perspektive wie aus Sicht von Laien bildet das auf Hans Selye zurückgehende Stress-Konzept die inhaltlich-funktionale Brücke auch zwischen der beruflichen Situation und der Gesundheit des Individuums. Stress, mit entsprechenden konzeptuellen Erweiterungen vom Stimulus- über das Reaktionskonzept bis zum transaktionalen Modell, ist derzeit das mit Abstand am besten untersuchte biopsychosoziale Paradigma. Dem transaktionalen Modell von Lazarus (z. B. Lazarus, 2000; Lazarus u. Folkmann, 1984) zufolge resultieren Stress-Reaktionen aus der spontanen individuellen Bewertung der Bedrohlichkeit der Belastung (primary appraisal), der Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen (secondary appraisal) und einer abschließenden Bewertung des Erfolgs der Bewältigung (reappraisal) (vgl. Abb. 1). Das Modell bietet sich als konzeptuelle Basis auch für berufsbezogene Behandlungsangebote an.

Parallel zur subjektiv-psychologischen Ebene, auf der sich Betroffene beispielsweise angespannt, nervös, fahrig, in Konzentrations- und Leistungsfähigkeit gemindert und/oder in der Stimmung gedrückt fühlen, geht Stress auf körperlicher Ebene mit psychovegetativen Reaktionen einher. Vermittelt durch umschriebene neuroen-

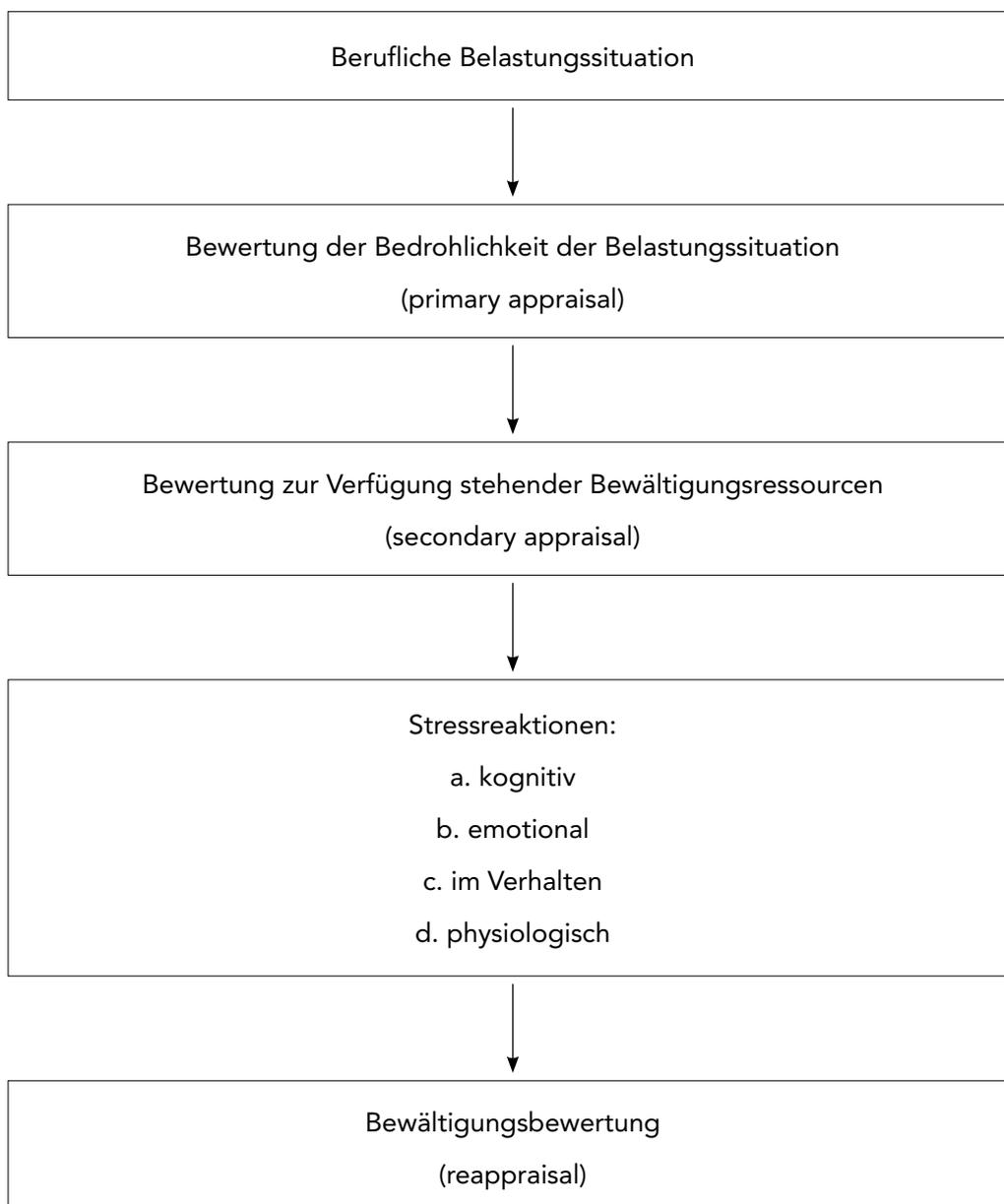


Abbildung 1: Das transkationale Stressmodell (modifiziert nach Lazarus 1984).

dokrinologische Mechanismen (erst Adrenalin- dann Cortisolfreisetzung etc., zusammenfassend Birnbaumer u. Schmidt, 2005; vgl. Esch, 2002), kann es zu muskulärer Anspannung, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Schweißneigung, Appetitlosigkeit und unter anderem zu Libidoverlust kommen. Langfristig jedoch sind viele Stressphänomene dysfunktional, zumal wenn die mit den körperlichen Reaktionen einhergehende erhöhte Kampf- und Handlungsbereitschaft ins Leere läuft. Das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen, von Bluthochdruck über psychosomatische Erkrankungen bis hin zum Herzinfarkt, steigt an. Andererseits ist Arbeit keineswegs mit krankmachendem Stress gleichzusetzen. Im Gegenteil: Arbeitslose sind mehre-

ren, methodisch differenzierten und breit angelegten Studien zufolge mehrheitlich gesundheitlich belasteter als im Arbeitsleben stehende Menschen (z. B. Kieselbach, 1999; Halleder u. Brand, 2005). Arbeit und ihre psychosozialen Funktionen (Sinnstiftung, Zeitstrukturierung, soziale Kontakte u. v. m.) bildet einen wichtigen salutogenetischen Faktor (Antonovsky, 1987; siehe auch Bürger, 1998).

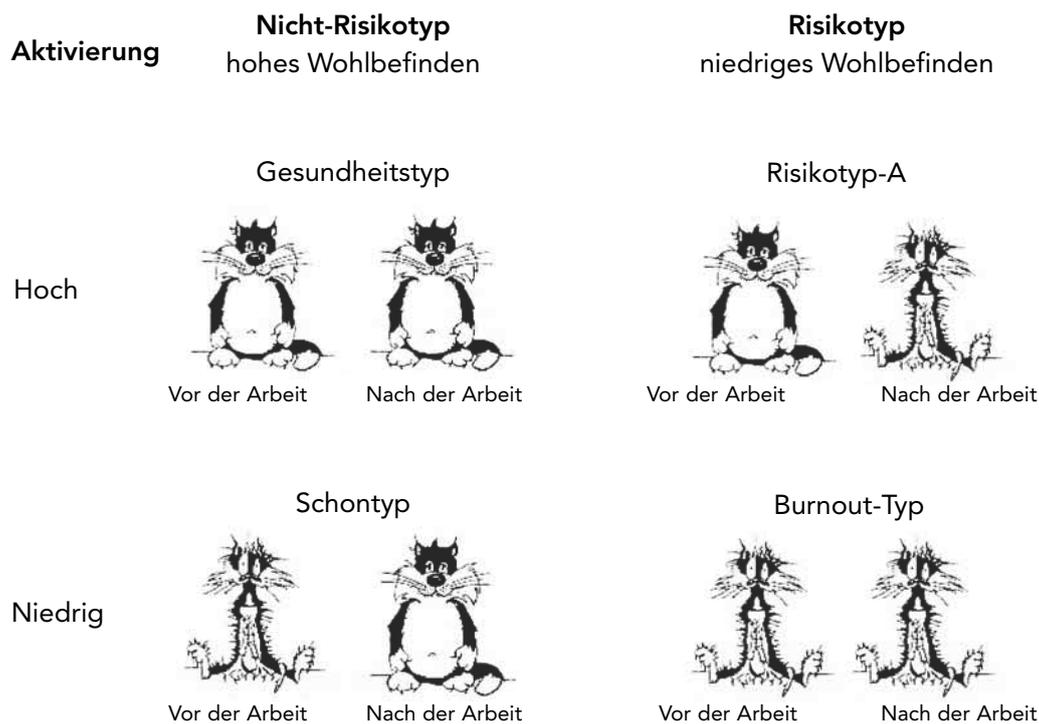
Die Zusammenhänge zwischen Belastungen, subjektivem Belastungs- und Stresserleben, neurophysiologischen Parametern und Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsfolgen können interindividuell höchst unterschiedlich ausfallen. Was der eine ohne erkennbare Blessuren leicht bewältigt, wird für den anderen zum maximal krankmachenden Stressor. Die Gründe hierfür liegen, ausgehend von biopsychosozialen Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsmodellen (z. B. Huyse et al., 2001), auf unterschiedlichen Ebenen. Die resultierende Stressbelastung ist demnach das Ergebnis des Zusammenwirkens von genetisch-biologischer Disposition, Sozialisation und Lernerfahrungen (z. B. erworbenen Fähigkeiten, Bewältigungsfertigkeiten und Motivation) sowie stressfördernden und entlastenden Arbeitsplatzmerkmalen (im Sinne interner und externer Ressourcen, z. B. sozialer Netzwerke, vgl. Bamberger, 1999).

Das subjektive Erleben und die individuell bevorzugten Strategien im Umgang mit Arbeitsbelastungen kann mit dem AVEM-Fragebogen (»Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster«, Schaarschmidt u. Fischer, 2003) erfasst werden, wobei 66 Einschätzungen auf elf Dimensionen drei Sekundärfaktoren zugeordnet sind:

- Berufliches Engagement (Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit),
- Widerstandskraft gegenüber Belastungen (Resignationstendenz bei Misserfolg, Offensive Problembewältigung, Innere Ruhe) und
- Berufsbegleitende Emotionen (Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung).

Diskriminanzanalytisch konnten zwei Gesundheitstypen und zwei Risikotypen unterschieden werden: Bei den Gesundheitstypen ein Typ **G** (= **G**esundheits-Typus, hohes aber nicht exzessives Arbeitsengagement bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit und geringer Resignationstendenz) und ein Typ **S** (= **S**chon-Typus, geringes Engagement und geringe Bedeutsamkeit der Arbeit bei höchsten Werten der Distanzierungsfähigkeit). Zwei Risikotypen, ein Typ **B** (**B**urn-out-Typus) und ein Typ **A** (selbstüberforderndes Typ **A**-Verhalten) gehen mit deutlich erhöhter psychosomatischer Symptombelastung einher. Typ B zeichnet sich durch ein vermindertes Engagement mit erhöhter Resignationstendenz und eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit aus. Typ A hingegen ist durch eine gleichermaßen reduzierte Distanzierungsfähigkeit bei erhöhtem Engagement, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionismus charakterisiert (vgl. Schaarschmidt u. Fischer, 2001). Abbildung 2 veranschaulicht die vier Bewältigungsmuster.

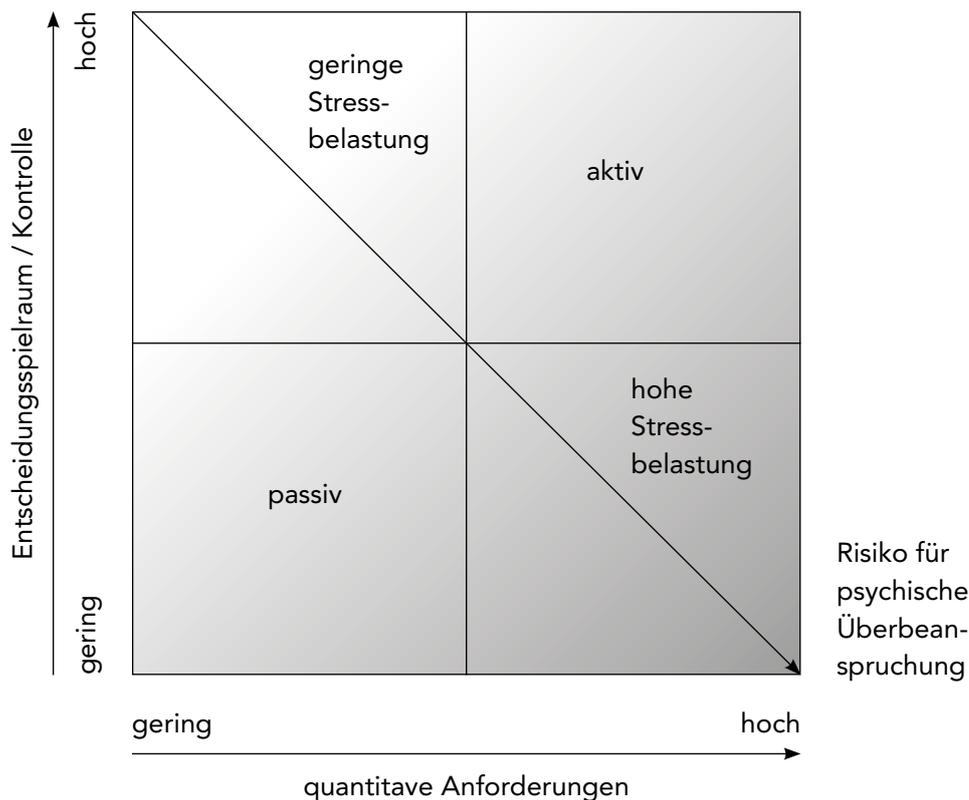
So umfassend biopsychosoziale Modelle sind, so schwierig ist es, hieraus sowohl für betriebliche Belange als auch für individuelle Prävention und Therapie konkrete Implikationen abzuleiten. Nicht zuletzt deshalb haben sich in den verschiedenen mit der Thematik Arbeit und Gesundheit beschäftigten Disziplinen – namentlich der Arbeits- und Organisationspsychologie, den Sozialwissenschaften, der Arbeits-



**Abbildung 2:** Vor und nach der Arbeit – Klassifikationsschema für die AVEM-Typen (Cartoons nach Schaaerschmidt u. Fischer, 2001, S. 58).

medizin und den therapeutischen Disziplinen – unterschiedlich akzentuierte Ansätze und Terminologien herausgebildet. Anliegen ist es, für die jeweilige Frage- und Problemstellung relevante Parameter zu identifizieren, messbar und gegebenenfalls für Interventionen zugänglich zu machen.

Die *Arbeits- und Organisationspsychologie* fragt unter anderem nach dem richtigen Arbeitnehmer am richtigen Platz als Grundlage maximaler Effizienz eines Betriebes. Letzteres setzt leistungsfähige und relativ zum Anforderungsprofil gesunde Mitarbeiter voraus, woraus sich zumindest implizite therapeutische Bezüge ergeben. Im 1964 eingeführten *Rollenstress-Konzept* (Kahn et al., 1964) werden Konflikte zwischen den diversen Rollen einer Person – als Kollege, Freund, Vorgesetzter, Familienvater et cetera – als diesbezüglich zentrale Problembereiche postuliert. Therapeutisch legt dies die Arbeit an der Integration unterschiedlicher Rollenanforderungen und an der Akzeptanz von Diskrepanzen zwischen mehreren zu erfüllenden Rollen nahe. Das *Anforderungs-Kontroll-Modell* von Karasek (1979) sowie Karasek und Theorell (1990) stellt demgegenüber das Verhältnis von Arbeitsanforderungen und Handlungsspielräumen in den Mittelpunkt (vgl. Abb. 3). Sind Anforderungen und Spielräume niedrig, dann resultieren passive und monotone (und dadurch »entfremdete«) Arbeitsbedingungen. Als günstiger gelten durch niedrige Arbeitsbelastungen und gleichzeitig hohe Entscheidungsspielräume charakterisierte Tätigkeiten. Ein gesteigerter Aufforderungscharakter der Arbeit kommt einer Kombination aus hohen Anforderungen und hohen Spielräumen zu, während das Zusammentreffen niedriger Handlungsspielräume und hoher Anforderungen mit



**Abbildung 3:** Das Anforderungs-Kontroll-Modell psychosozialer Arbeitsbelastungen (nach Karasek u. Theorell, 1990).

einem erhöhten Stress-Risiko einhergeht (vgl. Semmer, 1984). Therapeutisch können aus diesem Modell, neben Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation selbst (etwa durch Erweiterung von Handlungsspielräumen), kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze abgeleitet werden, die beispielsweise auf eine Förderung von Bewältigungskompetenzen und damit auch auf eine angstfreiere Bewertung der Arbeitssituation abzielen.

Das *Konzept der Mehrfachbelastungen* bildet eine Erweiterung dieses Ansatzes. Arbeitsbedingungen werden hier anhand von »Regulationsanforderungen« (z. B. Komplexität und Variabilität der Arbeit), »Regulationshindernissen« (z. B. Zeitdruck, Organisationsprobleme, physikalische und soziale Stressoren) und »individuellen Handlungsspielräumen« bewertet (vgl. Dunckel, 1991). Hypothesenkonform zeigte sich, dass die Kombination aus hohen Regulationshindernissen, mittleren Anforderungen und geringen Handlungsspielräumen die Gesundheit der unter solchen Bedingungen arbeitenden Personen erheblich belastet. Höhere Anforderungen können demnach nur auf der Basis angemessen großer Handlungsspielräume ohne zusätzliche gesundheitliche Belastung bewältigt werden, was in dieser Konstellation sogar depressiven Entwicklungen entgegenwirken kann. Psychosomatische Beschwerden hingegen korrelierten positiv vor allem mit dem Ausmaß der Regulationshindernisse, monotone Arbeiten wiederum mit niedrigem Selbstwertgefühl und Zufriedenheitswerten (vgl. Leidig, 2003).

Die *Arbeitsmedizin*, im Vergleich zur Arbeits- und Organisationspsychologie, fokussiert auf Person und Gesundheit des arbeitenden Individuums. »Objektive« Belastungsfaktoren werden dabei der subjektiv erlebten Beanspruchung gegenübergestellt. Arbeitsmedizinische Klassifikationen von Arbeit sind dort am überzeugendsten, wo es um physikalisch messbare Größen geht, zum Beispiel das Ausmaß der körperlichen Belastung, Arbeitszeiten (Schichtarbeit), Temperatur-, Lärm-, Vibrations- und Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz. Die Relevanz dieser Belastungsaspekte ist unbestritten. Die individuell erlebte Beanspruchung lässt sich daraus jedoch nur bedingt, am besten noch in Extrembereichen, ableiten (vgl. Bamberger, 1999; Rudow, 2004, S. 90ff.).

Das maßgeblich vom *Sozialwissenschaftler* Johannes Siegrist (1996, 2002; Tsutsumi u. Kawakami, 2004) eingeführte Paradigma der *Gratifikationskrise* schließlich betont, dass die im Beruf geforderte Verausgabung in einem angemessenen Verhältnis zu der dafür erhaltenen materiellen und immateriellen Gratifikation und Anerkennung stehen muss, wenn der Betreffende längerfristig körperlich wie psychisch stabil bleiben soll (vgl. Abb. 4). Arbeitsverhalten wie Gratifikationserwartung werden demnach nicht nur von den äußeren Bedingungen, sondern auch durch intrapersonale Faktoren (individuelle Verausgabebereitschaft, hohe Belohnungserwartung) geprägt. Personen, bei denen ein Missverhältnis im Sinne einer Gratifikationskrise besteht, weisen umfangreichen epidemiologischen und klinischen Untersuchungen zufolge sowohl ein erhöhtes Risiko für körperliche (u. a. ein 1,5- bis 4,5-fach erhöhtes prospektives Risiko für koronare Herzkrankheiten), als auch für psychische und psychosomatische Störungen auf (Larisch et al., 2003).

Ausgehend von den genannten Modellen wurde präventiv versucht, entweder – im Sinne der Verhältnisprävention – als ungünstig erachtete Arbeitssituationen zu verändern oder aber – im Sinne von Verhaltensprävention – gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen bei den Betroffenen anzuregen. Die Ergebnisse entsprechender Studien blieben oft unbefriedigend. Tendenziell erwies sich dabei Verhaltensprävention als wirksamer als Verhältnisprävention, aber auch das nur, abhängig von der Intensität der Maßnahmen, mit vergleichsweise kurzer, eher im Bereich von Monaten denn Jahren liegenden Halbwertszeit (Pelletier, 2001; Van der Klink et al., 2001). Eben dies galt es bei der Konzeption von SBA – in Form von Möglichkeiten der Sicherstellung eines effektiven Transfers neu erarbeiteter Strategien in den Arbeitsalltag – zu berücksichtigen.

Die hier skizzierten, unterschiedlichen wissenschaftlichen Annäherungen an das Phänomen Arbeit und Gesundheit zeigen zum einen personale und situative, bei der Konzeption berufsbezogener Präventions- und Therapieprogramme relevante Aspekte auf. Zum anderen wird deutlich, dass gegenwärtig keine einheitliche, umfassende und interdisziplinär verbindliche Theorie absehbar ist, die gesundheitsförderliche und gesundheitsgefährdende Aspekte der Arbeit über die Vielfalt der Tätigkeiten und Anforderungen hinweg so weit integriert, dass sich hieraus eindeutige und allgemeingültige Handlungsanweisungen für die therapeutische Praxis ableiten lassen. Angesichts der Vielfalt beruflicher Probleme und Anforderungen unserer Patienten können berufsbezogene Therapieangebote wie SBA somit nur pragmatisch ausgerichtet sein (vgl. Bürger, 1999), sowohl im Hinblick auf die Konzeption

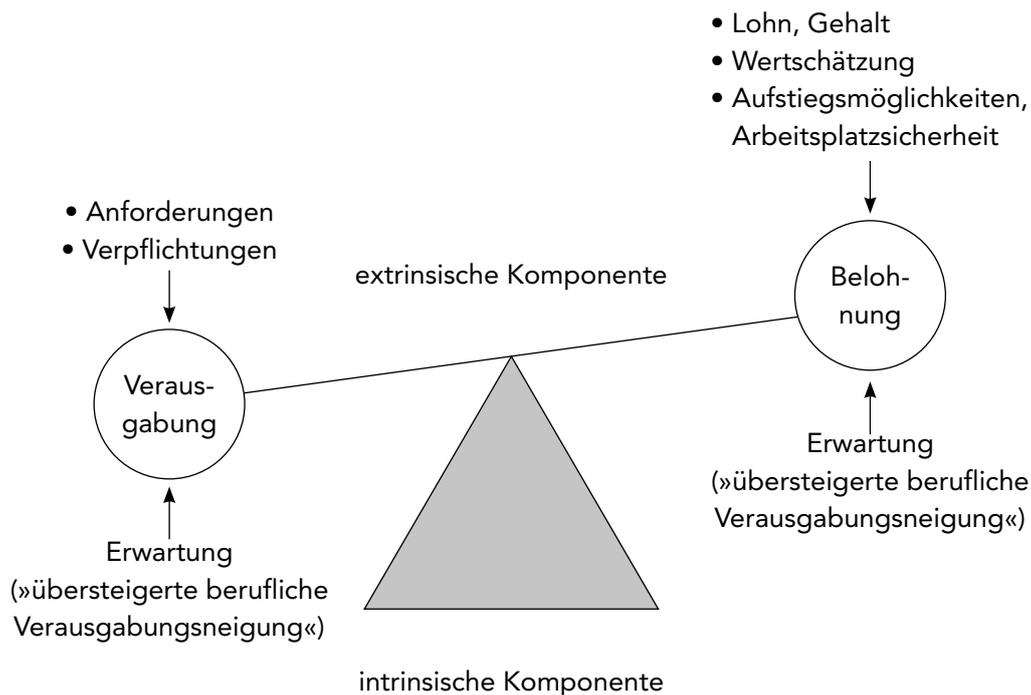


Abbildung 4: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Quelle: Siegrist, 1996).

als auch auf die Durchführung. Gleichwohl sind die dargelegten Hintergründe keineswegs nur von theoretischem Interesse. Für Psychotherapeuten, die berufsbezogene Gruppentherapien durchführen, stehen naheliegenderweise die individuelle Gesundheit und die Lebensqualität ihrer Patienten im Mittelpunkt. Damit ergreifen sie unvermeidbar Partei im Spannungsfeld zwischen den Interessen des Patienten, des Betriebes und denen der Sozialgemeinschaft. Ob ein sich souveräner gegen Forderungen des Vorgesetzten abgrenzender und dadurch gesünderer Mitarbeiter tatsächlich auch für den Betrieb langfristig einen Mehrwert darstellt, kann zumindest nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden, schon weil viele Betriebe heute eher in Quartalszahlen als langfristig rechnen. Andererseits kann es für die Lebensqualität eines Individuums durchaus günstig sein, einem konflikträchtigen Arbeitsplatz durch Frühberentung zu entfliehen, statt mühsam und zuweilen frustriert an Verhaltensänderungen zu arbeiten. Die Frage, wie hier eine Balance möglich ist und wo vertretbare Grenzen individueller Belastbarkeit und Zumutbarkeit liegen, wird täglich neu und überwiegend auf der Basis gesellschaftlicher Vorstellungen beantwortet. Von der Qualität objektiver Größen sind entsprechende Maßstäbe weit entfernt (vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2003).

Die inhaltliche Ausgestaltung von SBA erfolgte unter Bezug auf arbeitspsychologische und arbeitsmedizinische Modelle sowie durch Rückgriff auf Verfahren, die bereits in inhaltlich verwandten Bereichen evaluiert wurden, etwa Stressbewältigung (z. B. Wagner-Link, 1995) und Entspannungstechniken (z. B. Jacobsen, 1990). Falls Kursteilnehmer dezidiert danach fragen sollten, dann ließe sich der theoretische Ansatz des Programms wie folgt formulieren: Selbst unter schwierigen Ar-

beitsbedingungen werden nicht alle krank. Unter solchen Umständen gesund bleibende Kollegen verfügen offenbar über besonders gute Strategien, um mit den Belastungen umzugehen. »Was läge für Sie als beruflich überlastete und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen näher, als sich von Kollegen, die ihre berufliche Stressbelastung besser bewältigen, eine Ihnen angemessene, möglichst große Scheibe abzuschneiden?«

## 1.2 Berufsbezogene Behandlungsverfahren

Ausgehend von einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis gibt es, zumindest bei Patienten im arbeitsfähigen Alter, keine Behandlung, die nicht auch berufsbezogen wäre. Im Sinne der ICF-Klassifikation (International Classification of Functioning, World Health Organization, 2001) basiert die Teilhabe/Partizipation eines Menschen am Arbeitsleben auf seinen Körperfunktionen und Strukturen sowie den auf dieser Grundlage möglichen Aktivitäten. Die Behandlung von (arbeitsrelevanten) körperlichen und psychischen Funktions- sowie von Aktivitäts- und Leistungsstörungen ist demnach unabdingbare Voraussetzung für die Wiederherstellung einer angemessenen Teilhabe am Arbeitsleben. Bei umschriebenen organischen Erkrankungen, beispielsweise nach Versteifung eines Kniegelenkes, ist ein solcher Ansatz in der Regel einfach. Unschärf wird es hingegen angesichts von Funktionseinschränkungen im Rahmen psychischer und psychosomatischer Störungen. Zwar können auch hier die Einschränkungen mit ICF-Kategorien differenziert abgebildet werden. Spezifische Aussagen über die Zusammenhänge, etwa welcher Schweregrad einer depressiven Symptomatik mit welcher Einschränkung der beruflichen Tätigkeit einhergeht, sind jedoch oft nur bei extremen Symptomausprägungen möglich. Im Regelfall interagieren Symptomatik, subjektives Krankheitsmodell, Behandlungsmotivation, Funktionalisierung der Krankheit im Lebenszusammenhang und soziales Bezugssystem in unterschiedlichen Gewichtungen, was neben therapeutischen auch gutachterliche Probleme aufwirft (z. B. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2003).

Berufsbezogene Behandlungsverfahren überbrücken und relativieren die weniger medizinisch-inhaltlich, sondern überwiegend (gewissermaßen als eine deutsche Spezialität) historisch begründete Trennung von Krankheitsbehandlung und Rehabilitation. Die gerade unter psychosomatischen Patienten (und Therapeuten?) verbreitete Ansicht, der Patient müsse erst gesund und ausreichend erholt sein, bis eine Beschäftigung mit beruflichen Problemen zumutbar ist, fördert Elfenbeintürme, Klinik-Käseglocken und Schnittstellenprobleme bei der beruflichen Wiedereingliederung. Patienten sollten vielmehr so frühzeitig wie möglich darauf vorbereitet werden, im klinischen Setting als sinnvoll und hilfreich erarbeitete Strategien auch in ihren Berufsalltag zu übertragen. Dazu gilt es, die aus Sicht vieler Patienten bestehende räumliche wie innerliche Distanz zwischen Klinik und Arbeit zu verringern, zumal ansonsten auch die Gefahr besteht, wichtige gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und damit Ressourcen ungenutzt zu lassen. Hierin liegt ein zentrales Anliegen berufsbezogener Behandlungsansätze. Dass der berufsbezo-

gene Behandlungserfolg von einer spezifischen berufsbezogenen Motivation des Patienten abhängt und bei manifestem Rentenwunsch, im Sinne von »Rentenneurose« oder »Rentenbegehren«, wenig Spielräume bestehen, entspricht den Erfahrungen der klinischen Praxis (vgl. Stevens u. Foerster, 1995; Bernardy u. Sandweg, 2003). Dies kann einerseits auf die individuelle Psychopathologie zurückzuführen sein, andererseits werden solche Krankheitsbilder in hohem Maße von der sozialen und politischen Realität bestimmt. Nur so lassen sich trotz gestiegener gesundheitlicher Belastungen stetig gesunkene Krankheitstage (z. B. Techniker Krankenkasse, 2003) oder auch die nach Erhöhung der Versorgungsabschläge deutlich gesunkenen Frühpensionierungszahlen von Lehrern (Weber et al., 2004) erklären. Wenn zukünftig soziale Sicherungssysteme weiter ausgedünnt werden, hat dies zwangsläufig auch Auswirkungen auf die berufsbezogene Behandlungsmotivation von Patienten. Selbstverständlich ist es nicht Aufgabe von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (und therapeutisch nicht zielführend), solche Entwicklungen zu antizipieren, um Patienten Druck zu machen. Wenn jedoch, wie derzeit noch vielfach üblich, beruflich belasteten Patienten keine substanziellen berufsbezogenen Therapieangebote gemacht werden, mutet dies angesichts der persönlichen Tragik gescheiterter beruflicher Biographien und der damit verbundenen sozialen Konsequenzen wie unterlassene Hilfeleistung an – zumal Menschen, die länger arbeiten, nachgewiesenermaßen auch länger leben!

### **Sozialtherapeutische Beratung**

Im modernen System der Kranken(haus)behandlung waren Sozialtherapeuten, zumindest historisch gesehen, die erste Berufsgruppe, die sich – mit systemischem Ansatz (Galuske, 2003; Pauls, 2004) – lösungsorientiert mit beruflichen Problemen der Klienten und Patienten beschäftigten. In vielen Kliniken ist die Sozialtherapie bis heute die einzige diesbezüglich engagierte Profession. Dabei steht meist die individuelle Patientenbetreuung im Mittelpunkt, wobei nach Möglichkeit »Hilfe zur Selbsthilfe« geleistet wird. Der beruflichen Problemlage entsprechend werden Kontakte zu Arbeitsamt, Beratungsstellen und Integrationsfachdiensten vermittelt, die gesetzlichen Möglichkeiten für Wiedereingliederungshilfen und »Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)« geklärt, stufenweise Wiedereingliederungen organisiert oder Möglichkeiten zur finanziellen Absicherung ausgelotet. In vielen Institutionen gehören auch Bewerbungstrainingsgruppen und berufsbezogene Interaktions- und/oder Stressbewältigungsgruppen (s. u.) zu den sozialtherapeutischen Aufgaben.

### **Coaching / psychotherapeutische Einzelberatung**

Coaching wird vor allem in der Prävention und zur Optimierung der individuellen Leistungsfähigkeit eingesetzt. Über den Leistungssport und das Management hinaus ist der Stellenwert dieses Ansatzes in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Der Coach versteht sich als ein dem Klienten und/oder dem jeweiligen Betrieb verpflichteter, methodenübergreifend arbeitender (VT, Psychoanalyse, Gestalt,

Psychodrama, Gesprächstherapie) Berater, der im Einzel- oder Gruppencoaching die Klienten im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe dabei unterstützt, definierte Ziele zu erreichen. Diese liegen zumeist im Bereich der individuellen Leistungsfähigkeit und/oder der Gesundheit des Klienten, die erfolgsorientiert verbessert und gefestigt werden soll. Im Sinne der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Carl Rogers ist es dabei zunächst die Aufgabe des entsprechend ausgebildeten Coachs, nicht-direktiv die zielgerichteten Veränderungsprozesse des Klienten durch ein annehmend-wertschätzendes Kommunikationsklima und gezielte Explorationstechniken zu fördern. Im externen Coaching wird der Klient durch einen von ihm bezahlten und damit primär ihm verpflichteten Coach betreut, beispielsweise in der Vermittlung bei Konflikten am Arbeitsplatz (z. B. Schreyögg, 2002; Thomann, 2004). Internes Coaching wird vom Betrieb aus initiiert und finanziert. Wenn es um den Abgleich von Leistungs- und Produktionssteigerungen auf der einen und die Gesundheit des Individuums auf der anderen Seite geht, sind Interessenkonflikte nicht auszuschließen. Dies gilt insbesondere dann, wenn zunehmend Vorgesetzte als »Coach« ihrer Untergebenen aktiv werden sollen (z. B. Hamann u. Huber, 2001). Eine solche von den Interessen des Betriebes ausgehende Zielorientierung widerspricht dabei der Grundidee eines primär klientenbezogenen Coachings. Hinsichtlich der angewendeten Methoden ist der Übergang zwischen Coaching, Psychotherapie und Führungsaufgaben fließend. Coaching endet üblicherweise dort, wo ein Klient manifest erkrankt und damit zum Psychotherapiepatienten wird.

### **Berufliche Belastungserprobung**

Inhalte, Ablauf und Indikationsstellung von beruflichen Belastungserprobungen (BE), auch in Abgrenzung etwa zur Arbeitstherapie, sind bislang nicht verbindlich definiert und werden in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation unterschiedlich gehandhabt. Arbeitserprobungen und Arbeitstherapie beziehen sich dabei primär auf eine innerhalb der Klinik durchgeführte Erprobung manueller Fertigkeiten. Demgegenüber ist der Fokus von Belastungserprobungen, so wie sie in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken parallel zur stationären Behandlung praktiziert werden, breiter. Grundgedanke ist, die aktuelle Leistungsfähigkeit von Patienten in möglichst realitätsnahen (klinikintern, zumeist als Angebot der Beschäftigungstherapie) oder aber realen (zumeist klinikexternen) Praktikumsplätzen auszutesten, um so eine möglichst valide sozialmedizinische Einschätzung abgeben zu können. Zumeist werden gleichzeitig aber auch therapeutische Anliegen verfolgt. Der Vorteil der Belastungserprobung an einem authentischen Arbeitsplatz (zumeist halbtags über zwei bis vier Wochen) besteht darin, dass in einem solchen praxisnahen Setting in höherem Maße berufsbezogene kognitive und emotionale Schemata aktiviert werden, was unter anderem problematische Verhaltensweisen am Arbeitsplatz offenkundig werden lässt und die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass unter diesen Bedingungen erprobte neue Verhaltensmuster später auch im Berufsalltag umgesetzt werden können. Das Spektrum der Therapieziele, die unter Anleitung von Sozialtherapeuten und Psychotherapeuten in einer beruflichen Belastungserprobung verfolgt werden, ist breit: Es reicht von der Reflexion und Veränderung eigener dys-

funktionaler arbeitsbezogener Einstellungen (z. B. Perfektionismus) über die Übung sozialkompetenter Interaktionen mit Kollegen und Vorgesetzten bis zur Exposition sozialphobischer Patienten im intensiven Kundenkontakt (vgl. Tab. 1). Die Möglichkeiten und Grenzen des Ansatzes hängen in hohem Maße davon ab, ob es gelingt, einen der Problematik des individuellen Patienten angemessenen Praktikumsplatz zu finden. Im Sinne dieses Ansatzes sind berufliche Belastungserprobungen weder eine spezifische diagnostische Maßnahme noch eine spezielle Therapieform, sondern bezeichnen ein in individueller Weise nutzbares Setting. Wissenschaftliche Untersuchungen hierzu gab es bislang kaum. Im Rahmen einer kontrollierten Evaluation der beruflichen Belastungserprobung, die in der Klinik Roseneck von 1999 bis 2002 durchgeführt wurde, war der Katamneseverlauf der BE-Teilnehmer in Hinblick auf die Erwerbsentwicklung wie auch Selbsteinschätzungen beruflicher Belastung und Bewältigung günstiger als nach psychosomatischer Standardtherapie (Beutel et al., 2005; Hillert et al., 1998; Hillert et al., 2002).

**Tabelle 1:** Individuelle Therapieschwerpunkte von Teilnehmern der beruflichen Belastungserprobung (n = 78); Medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck, 2002

Soziale Kompetenz im Beruf (Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen, sozialer Kontakt)	22,2 %
Berufliche Neu- oder Umorientierung	20,8 %
Körperliche Belastbarkeit (Schmerzempfinden, Körperhaltungen)	19,4 %
Leistungsverhalten (Streben nach Perfektion, Relativierung überzogener Selbstansprüche, Durchhaltevermögen)	15,3 %
Exposition (soziale Phobien, Zwangsverhalten)	11,1 %
Klärung der persönlichen Eignung für einen bestimmten Beruf	7,0 %
Tagesstruktur	4,2 %

## Arbeitsbezogene Therapiegruppen

Angesichts der zahlreichen beruflichen Aspekte, die in individuell unterschiedlichem Ausmaß für den klinischen Einzelfall relevant sind, kann es *die* psychotherapeutisch-arbeitsbezogene Therapiegruppe nicht geben. Berufsbezogene Therapieprogramme können je nach Zielgruppe entweder eher übergreifend, weniger spezifisch, oder aber auf charakteristische Belastungsmuster umschriebener Berufsgruppen hin angelegt sein (eine Übersicht gibt Koch, 2007; z. B. für Lehrer siehe Kretschmann, 2000; Hillert et al., 2005; Lehr et al., 2007). Idealerweise fördern diese Gruppen die berufsbezogene Behandlungsmotivation durch Reflexion gesundheitsförderlicher Aspekte der Arbeitsbewältigung und vermitteln Strategien beispielsweise zur Stressreduktion und zur Förderung individuellen Kontrollerlebens. Die Auswahl der Behandlungsinhalte hängt neben der intendierten Patientengruppe von konzeptuellen Überlegungen (Vereinbarkeit mit bestehenden Behandlungsinhalten, Behandlungsdauer etc.) und dem gewählten therapeutischen Ansatz ab. Gestützt auf diverse Erhebungen (u. a. Bürger, 1997; Wiegand, 2002; Leidig, 2003; Zielke, 1995; Zielke et al., 2005) werden derzeit vor allem folgende Themen, die jeweils als Teilaspekte einer Verbesserung der berufsbezogenen Stressbewältigungskompetenz verstanden werden können, in unterschiedlicher Auswahl und Gewichtung berücksichtigt:

- Förderung der Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und Motivation zur Veränderung beruflichen Bewältigungsverhaltens (als Teilaspekte der Arbeitsmotivation)
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Bearbeitung dysfunktionaler kognitiver Bewertungen bei der Arbeit
- Identifikation und Bearbeitung problematischer und daher stressverstärkender Persönlichkeitsstile, zum Beispiel Reflexion und Abbau von Perfektionismus
- Psychoedukation im Bereich Gesundheitsverhalten, Stressbewältigung und Stressfolgen im Umfeld der Arbeit
- Verbesserung berufsbezogener sozialer Kommunikationskompetenz, zum Beispiel Konfliktmanagement mit Vorgesetzten und Kollegen (gegebenenfalls unter Berücksichtigung einer Mobbing-Konstellation)
- Krankheitsbewältigung und angemessene Kommunikation krankheitsbedingter Einschränkungen
- Sozialtherapeutische Beratung, Bewerbungstraining
- Vermittlung von Kompetenzen zum bewussten, eigenverantwortlichen Umgang mit der Balance zwischen Arbeit und Privatleben (Work-Life-Balance), was auch den Umgang mit Kränkungen und Gratifikationsdefiziten einschließen kann
- Aktivierung persönlicher Ressourcen, insbesondere auch des eigenen sozialen Netzwerkes

Der verhaltenstherapeutische Ansatz basiert auf einer Bewertung beruflicher Belastungen und deren Bewältigung im Sinne einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse. Davon ausgehend werden im Dialog mit dem Patienten Lösungsansätze abgeleitet. Berufsbezogene Therapieansätze im tiefenpsychologischen Kontext gehen demgegenüber von entwicklungsbedingt angelegten, im beruflichen Kontext aktivierten Verhaltens- und Erlebensmustern aus, die im gruppenspezifischen Übertragungsgeschehen bearbeitet werden (z. B. Beutel et al., 2006). Unterschiedliche individuelle Konstellationen, Erfahrungen und Bewertungen der Gruppenteilnehmer bilden auch in verhaltenstherapeutischen Gruppen eine Ressource, die es zum Beispiel in Rollenspielen zu nutzen gilt (vgl. SBA-Sitzungen 3 und 4).

Aktuell wurden Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich der dort praktizierten berufsbezogenen Angebote befragt (Neuderth et al., 2006). Ersten Ergebnissen zufolge bieten zwar viele Kliniken Gruppenangebote zum Themenbereich berufsbezogener Stressbewältigung an. Quantität und inhaltliche Ausgestaltung der Angebote streuen dabei jedoch breit. Systematisch konzipierte und evaluierte Konzepte gibt es praktisch nicht. Hieraus ergibt sich der besondere Stellenwert des vorliegenden Manuals.

Viele psychosomatische Patienten fühlen sich im Berufsleben – vor allen Dingen aufgrund ihrer Beschwerden – überlastet, was wiederum zu einer Symptomverstärkung und noch größerer Belastung führt. Dieses Gruppentherapieprogramm unterbricht den Kreislauf: Die aktuelle Arbeitssituation sowie das Verhalten und Erleben bei Überlastung werden genau unter die Lupe genommen, damit alltagstaugliche Perspektiven entwickelt und berufliche Probleme gelöst werden können.

## **Die Autoren**

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Andreas Hillert, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychotherapeutische Medizin, ist Oberarzt an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee.

Dr. rer. nat. Stefan Koch, Psychologischer Psychotherapeut, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee.

Dr. Susanne Hedlund, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Coach, ist Psychotherapeutin an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee und in eigener Praxis tätig.