Muschalla, B., Olbrich, D., & Linden, M. (2008). Der Arbeitsplatz als Quelle von Angst. Die Ausprägung und Qualität von Job-Ängsten bei Patienten in der psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitation. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 1, 1-8.

**Der Arbeitsplatz als Quelle von Angst. Die Ausprägung und Qualität von
Job-Ängsten bei Patienten in der psychosomatischen und orthopädischen
Rehabilitation**

Kurz-Titel: Job-Ängste in Psychosomatik und Orthopädie

Beate Muschalla¹, Dieter Olbrich², Michael Linden¹

¹ Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Berlin und
am Rehabilitationszentrum Seehof/Teltow der Deutschen Rentenversicherung
Bund

² Reha-Zentrum Bad Salzungen der Deutschen Rentenversicherung Bund

zur Publikation in **Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie**

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. M. Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

Rehabilitationszentrum Seehof, Lichterfelder Allee 55

14513 Teltow

Email: michael.linden@charite.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Anpassungsstörungen kommen häufig im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz vor. Eine besondere Rolle spielen arbeitsplatzbezogene Ängste, da jeder Arbeitsplatz angst-auslösende Aspekte hat. Beispiele sind Möglichkeiten des Leistungsversagens, Unfälle, Bossing, Mobbing, Crowding, aggressive Kunden oder Bedrohung der Existenzsicherung. Die Arbeitsplatzsituation kann Ängste auslösen, aber auch bestehende Angsterkrankungen können zu speziellen Problemen am Arbeitsplatz führen. In dieser Untersuchung wurden die Qualität und das Ausmaß von Job-Ängsten bei Patienten mit psychischen und orthopädischen Erkrankungen untersucht.

Methode: Es wurden 90 unausgelesene Patienten einer psychosomatischer und 100 einer orthopädischen Rehabilitationsklinik mittels der *Job-Angst-Skala* (JAS) untersucht. Zusätzlich wurden arbeitsbezogene Merkmale mittels Selbstbericht erfasst.

Ergebnisse: Psychosomatikpatienten erreichten signifikant höhere Skalenwerte als Orthopädiepatienten. Orthopädiepatienten erleben qualitativ vor allem funktionsbezogene Ängste, im Gegensatz zu Psychosomatikpatienten, die in den Dimensionen generelle Besorgnis, Panikerleben, Existenzängste und globale Arbeitsplatzangst hohe Ausprägungen berichten. In beiden Indikationsgruppen stand das Job-Angst-Niveau in Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Schlussfolgerungen: Zwischen verschiedenen Indikationsgruppen von Rehabilitationspatienten gibt es Unterschiede im quantitativen und qualitativen Erleben arbeitsplatzbezogener Ängste. dies deutet darauf hin, dass psychische Krankheit zu vermehrten Job-Ängsten führt. Gleichzeitig stellen Job-Ängste auch bei vordergründig somatischen Störungen einen wichtiger Faktor zum Verständnis von Arbeitsunfähigkeit dar, was Konsequenzen für die Diagnostik und Behandlung bei diesen Patienten haben muss.

Schlüsselwörter: Job-Angst-Skala (JAS), arbeitsplatzbezogene Ängste,
Arbeitsplatzphobie, Anpassungsstörungen

The workplace as a source of anxiety. Quality and levels of job-anxieties in patients in psychosomatic and orthopaedic rehabilitation

Short-title: Job-anxieties in psychosomatic and orthopaedy

Abstract

Objective: Adjustment disorders are often related to the work place. Of special importance in this regard are work related anxieties as every workplace has anxiety provoking features, e.g. failure, bossing by superiors, mobbing by colleagues, angry customers, or accidents. Work can cause anxiety. Similarly, anxiety disorders can cause special work problems. In this study we investigated the quality and quantity of job-anxiety in patients with mental and somatic illness.

Method: 90 psychosomatic and 100 orthopaedic inpatients with mental and somatic disorders filled in the *Job-Anxiety-Scale*. Additionally patient characteristics and sick leave were assessed.

Results: Psychosomatic patients showed significantly higher job-anxiety-scores than orthopaedic patients. Orthopaedic patients do rather show fears of functional impairment, whereas psychosomatic patients do more suffer from anxieties in the dimensions of generalised worrying, panic, fears of existence and global job-anxiety. Job-anxieties were significantly correlated with time of sick leave in both groups.

Conclusion: There are differences in quality and quantity of job-anxiety in different clinical groups. The data suggest that mental disorders cause job anxiety. But, job anxiety is also seen in patients with up front somatic morbidity and related to sick leave. This should have consequences for the diagnosis and treatment of these patients

Keywords job-anxiety (JAS), workplace-related anxieties, workplace phobia, adjustment disorders

Einleitung

Anpassungsstörungen werden in der ICD-10 als „Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung“ bezeichnet, die „soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten“ [24]. Sie können nach einmaligen negativen Lebenserfahrungen entstehen, wie z.B. dem Tod eines Angehörigen, sie können sich aber auch im Kontext andauernder Belastungen entwickeln. Anpassungsstörungen sind häufige Erkrankungen, die schwer zu behandeln sind und eine hohe Tendenz zur Chronifizierung haben mit der Folge von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Anpassungsstörungen kommen häufig im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz zustande ([3], [5]). Arbeitsplätze sind in besonderer Weise dazu geeignet, Ängste auszulösen: der Arbeitsplatz stellt einen Lebensbereich dar, in dem ständig soziale Ereignisse und strukturelle oder technologische Veränderungen stattfinden, denen der Arbeitnehmer täglich ausgesetzt ist, auf die er oft keinen Einfluss hat und die hohe Anforderungen an die persönliche Anpassungsfähigkeit und Flexibilität stellen. Es existieren Leistungsanforderungen und Standards die eingehalten werden müssen, und die zu Insuffizienzängsten führen können. Es findet Überwachung und Sanktionierung durch Vorgesetzte statt sowie Rivalitäten unter Kollegen. Gesundheitliche Bedrohungen erwachsen aus ungünstigen Arbeitsbedingungen oder Unfallgefahren ([25], [23], [22], [21], [18], [14], [12], [11], [10], [9], [7], [4], [2]). Einige Berufsgruppen scheinen besonders anfällig für bestimmte Formen von arbeitsplatzbezogenen Ängsten, wie Bühnenangst bei Künstlern [8]. Job-Ängste spielen eine bedeutsame Rolle bei der Erklärung von Absentismus, Langzeit-Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung [15] und können somit auch zu

enormen Kosten im Gesundheitswesen beitragen. Werden auch zunächst somatische Beschwerden präsentiert, so können arbeitsplatzbezogene Ängste das zugrunde liegende Problem sein. Andererseits können auch somatische Erkrankungen sekundär zu arbeitsplatzbezogenen Problemen führen, wenn durch die Funktionseinschränkung die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist ([1], [6], [20]).

Wie die klassischen Angststörungen können arbeitsplatzbezogene Anpassungsreaktionen mit Angst in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten. Sie können sich in körperlichen Erregungszuständen, vergleichbar mit situationsbezogenen oder unterwartet auftretenden Panikattacken äußern, in hypochondrischen Ängsten in Form übermäßiger Beschäftigung mit einer vermeintlichen gesundheitlichen Bedrohung durch den Arbeitsplatz, als posttraumatische Stressreaktionen nach Überfällen oder Unfällen, in Form genereller arbeitsbezogener übermäßiger Sorgen oder als spezifische soziale Ängste bezüglich bestimmter Kollegen oder Vorgesetzter [16]. Sie können ein Symptom einer primären Angsterkrankung sein, aber auch selektiv nur auf den Arbeitsplatz bezogen vorkommen, insbesondere wenn sie in Folge von Veränderungen am Arbeitsplatz eintreten.

Arbeitsplatzbezogene Ängste bzw. Job-Ängste können als ein lebensbereichsspezifisches Angstsyndrom verstanden und oft im Rahmen einer Anpassungsstörung beschrieben werden.

Trotz ihrer klinischen, epidemiologischen und sozialmedizinischen Bedeutung besteht ein Forschungsdefizit bezüglich der Differenzierung dieser komplexen Problematik arbeitsbezogener Anpassungsprobleme. Ein in diesem Zusammenhang neu entwickelter Selbstrating-Fragebogen, der Job-Ängste auf verschiedenen Dimensionen erfasst, ist die *Job-Angst-Skala* (JAS) ([19], [17]).

In der vorliegenden Untersuchung wurde die *Job-Angst-Skala* von psychosomatischen wie orthopädischen Patienten ausgefüllt, um die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen diesen zwei verschiedenen klinischen Indikationsgruppen festzustellen in Bezug auf die Qualität und Intensität von Job-Angst-Erleben.

Methode

Instrument

Die *Job-Angst-Skala* (JAS) enthält 14 Subskalen die sich in fünf Hauptdimensionen zusammenfassen lassen: Dimension (A) *Stimulusbezogene Ängste und Vermeidungsverhalten* beinhaltet (1) antizipatorische Ängste mit Anspannungsgefühlen am Arbeitsplatz oder in Erwartung bestimmter Situationen oder Ereignisse dort, (2) phobische Vermeidung oder das Bedürfnis der Vermeidung einer Annäherung an den Arbeitsplatzes, (3) konditionierte oder posttraumatische Ängste, (4) globales Erleben von Angst und Befindlichkeitsstörungen bezüglich des Arbeitsplatzes. (B) *Soziale Ängste und Beeinträchtigungskognitionen* enthalten (5) interaktionelle Ängste in sozialen Situationen, im Sinne von Angst bei Zusammentreffen mit Kollegen oder Vorgesetzten, (6) die Vorstellung gemobbt oder ausgegrenzt zu werden, (7) Angst ausgebeutet zu werden. (C) *Gesundheits- und körperbezogene Ängste* beschreiben (8) hypochondrische Ängste und die Befürchtung, dass die Arbeitsbedingungen die Gesundheit gefährden (9) Panikerleben oder andere somatische Symptome während der Arbeit, (10) Ängste bzgl. funktionaler Beeinträchtigungen, d.h. die Befürchtung der eigene beeinträchtigte Gesundheitszustand könnte die Arbeits- und Leistungsfähigkeit behindern. (D) *Insuffizienzerleben* beinhaltet (11) das Gefühl unzureichender Qualifikation, Überforderung oder Wissensdefizit sowie (12) Ängste vor betrieblichen Veränderungen und mangelndem Anpassungsvermögen an Neuerungen. (E) *Arbeitsplatzbezogene generalisierte Sorgen* umfassen (13) generelles übermäßiges Sich-Sorgen um alltägliche Kleinigkeiten und Routinen bei der Arbeit, und (14) Sorgen um die Arbeitsplatzsicherheit und die berufliche

Zukunft. Die Subskalen und Dimensionen wurden mittels Faktorenanalyse bestätigt. Die Items werden auf einer Likert-Skala von „0 = trifft gar nicht zu“ bis hin zu „4 = trifft voll zu“ von den Probanden eingeschätzt in Bezug auf ihre aktuelle oder letzte Arbeitstätigkeit. Die Retest-Reliabilität beträgt .815, Cronbach's alpha .98. Die Skala wurde mittels eines strukturierten diagnostischen Interviews als Kriterium validiert (Linden & Muschalla 2007b).

Die *Job-Angst-Skala* wurde den Patienten unter dem Titel „Fragebogen zu Arbeitsplatz-Problemen“ vorgelegt, welcher „Situationen, Gedanken und Gefühle die man am Arbeitsplatz erleben kann“ erfragt. Die Probanden waren aufgefordert sich mit ihren Antworten auf die aktuelle Arbeitssituation oder – wenn aktuell arbeitslos - auf ihren Arbeitsplatz bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu beziehen. Im Falle dass Patienten in mehreren Arbeitsverhältnissen gleichzeitig standen, sollten sie ihre Antworten auf denjenigen Arbeitsplatz beziehen, der im Allgemeinen den größten Einfluss auf ihr Leben und Wohlbefinden hat.

Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, die aktuelle Arbeitsunfähigkeitsdauer vor Aufnahme in die Klinik, der Arbeitsstatus (berufstätig – nicht berufstätig) bzw. die aktuelle Dauer der Arbeitslosigkeit sowie der aktuelle oder letzte Beschäftigungsstatus am Arbeitsplatz (Leitungsposition versus keine leitende Position) im Selbstbericht erhoben.

Stichprobe

100 unausgelesene Patienten einer orthopädischen sowie 90 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden befragt. In diesen Einrichtungen werden Patienten behandelt deren Erkrankungen chronische Verläufe genommen haben, bspw. chronische Rückenschmerzen oder chronische Angsterkrankungen, oder die verlängerte Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Folge hatten. 72% der Gesamtstichprobe waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 49 Jahre (SD = 8,6). 83% der Psychosomatikpatienten waren

weiblich, wohingegen bei den orthopädischen Patienten mit 33% relational etwas mehr Männer vertreten waren.

82% der Patienten waren berufstätig, 17,5% waren arbeitslos und eine Person berentet. 57% der befragten Patienten kamen direkt von ihrem Arbeitsplatz in die Rehabilitation, 25% waren vor Aufnahme arbeitsunfähig geschrieben. Die Orthopädiepatienten waren dabei mit 39% im Vergleich zu 23% bei den Psychosomatikpatienten vor Antritt der Rehabilitation häufiger krankgeschrieben.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit variierte zwischen einem und 58 Monaten ($M = 16$), die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwischen 2 und 72 Wochen ($M = 7$). 93% der Patienten waren als Angestellte tätig, 2,5% waren selbstständig. 10% hatten eine mittlere und 5% eine höhere Leitungsposition im aktuellen bzw. letzten Job. Zwischen den beiden Teilstichproben gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der berufsbezogenen Merkmale Arbeitsverhältnis und Leitungsposition, jedoch in der aktuellen Berufstätigkeit, welche bei Psychosomatikpatienten (76%) etwas niedriger lag als bei Orthopädiepatienten (88%).

Statistische Analysen

Zur statistischen Auswertung wurde das Statistikprogramm SPSS Version 12.0 verwendet. Die verschiedenen Patientengruppen wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Zur Analyse von Merkmalszusammenhängen wurden bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet.

Ergebnisse

JAS-Skalenmittelwerte

Der JAS-Gesamtwert (Mittelwert über alle Items, Spannweite von 0 bis 4) über alle Patienten hinweg betrug 1,3 ($SD = 0,89$). In der orthopädischen Teilstichprobe betrug der JAS-Gesamtmittelwert 0,99 und in der psychosomatischen 1,66. Die Differenzen zwischen den beiden Patientenstichproben waren hoch signifikant (Tabelle 1): Alle JAS Subskalenwerte, mit Ausnahme von “hypochondrischen Tendenzen” und “funktionsbezogenen Ängsten”, waren signifikant höher in der psychosomatischen als in der orthopädischen Gruppe. Die Mittelwerte der fünf JAS-Dimensionen wiesen bei beiden Teilstichprobe das gleiche Profil auf: Die höchsten Werte wurden gefunden bei „arbeitsplatzbezogenen generalisierten Sorgen“, gefolgt von “gesundheits- und körperbezogenen Ängsten ” und “Insuffizienzerleben”. “Stimulusbezogene Ängste und Vermeidungsverhalten” und “soziale Ängste und Beeinträchtigungskognitionen” erhielten in beiden Indikationsgruppen die niedrigsten Werte.

Tabelle 1 hier einfügen

Es gab keine Unterschiede bezüglich des Job-Angst-Scores zwischen Personen mit einer Leitungsposition und einfachen Angestellten ohne Leitungsfunktion. Ebenso finden sich bis auf ein höheres Insuffizienzerleben bei Frauen keine geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Job-Angst-Niveau.

Die JAS-Gesamtmittelwerte waren bei beiden Indikationsgruppen (psych: $r = .360^{**}$, orth: $r = .308^{**}$) signifikant korreliert mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Es wurden Kategorien der JAS-Ratingstufen gebildet, um die Häufigkeiten der graduellen Ausprägungen auf den Job-Angst-Subskalen differenzierter zu betrachten (Tabelle 2)

Tabelle 2 hier einfügen

Aus diesen Ergebnissen wird deutlich, dass es in den beiden Teilstichproben Unterschiede bezüglich der graduellen Ausprägung verschiedener Job-Angst-Aspekte gibt.

Während bei den orthopädischen Patienten in nahezu allen Subskalen eine linksgipflige Verteilung zu erkennen ist (mit Ausnahme hypochondrische und funktionsbezogene Ängste, Existenzangst), ist bei der Psychosomatikstichprobe häufiger der Trend zu einer bimodalen Verteilung zu erkennen (antizipatorische und globale Angst, hypochondrische Tendenzen, Panik, Sorgen). Existenzängste weisen sogar eine rechtsgipflige Verteilung auf. Linksgipflige Verteilungen gibt es bei der Psychosomatikstichprobe in den Subskalen phobische Vermeidung, allgemeine Insuffizienzgefühle sowie den Sozialen Ängsten und Beeinträchtigungserleben.

Bei den Orthopädiepatienten haben in 9 von 14 Subskalen 50% oder mehr der Probanden einen Mittelwert unter 1, außer in den Dimensionen Sorgen sowie Gesundheitsbezogene Ängste. Bei der Psychosomatikgruppe haben mehr als die Hälfte der Probanden einen Mittelwert unter 1 bei den Subskalen Beeinträchtigungsüberzeugungen und sowie phobische Vermeidung.

Von den Orthopädiepatienten haben auf 3 Subskalen mehr als 10% der Probanden Höchstwerte (Scores 3-4) erreicht, d.h. in funktionsbezogenen (Gesundheits-)Ängsten, hypochondrischen Ängsten sowie Existenzängsten. Bei Psychosomatikpatienten haben in 6 von 14 Subskalen mehr als 25% der Befragten Werte zwischen 3 und 4, also Höchstausprägungen.

Die Scores der Subskala Existenzängste verteilen sich bei den Orthopädiepatienten glockenförmig im Sinne einer Normalverteilung, während bei Psychosomatikpatienten eine Zunahme der Häufigkeiten bei den höheren Scores vorliegt.

Für den JAS-Gesamtmittelwert findet man in der Psychosomatikstichprobe eine annähernde Normalverteilung der Skalenscores, während die Orthopädiestichprobe eine linksgipflige Verteilung aufweist. Hier erreicht keiner der Probanden einen Wert im Höchstbereich, mehr als die Hälfte erreicht Niedrigscores (<1). Bei den Psychosomatikpatienten haben 29% niedrigste Scores, 11% erreichen Höchstwerte, während 60% im mittleren Skalenbereich (1- >3) liegen.

Diskussion

Job-Angst-Niveau und Profile

Es ist nicht überraschend, dass Psychosomatikpatienten höhere Scores auf den JAS-Subskalen erreichen als Orthopädiepatienten, da Patienten mit der Indikation einer akuten psychischen Störung generell eine höhere psychische Symptombelastung und ein höheres generelles Angstniveau haben. Sie leiden auch in relevantem Umfang unter Angst bzw. Angsterkrankungen [13].

Die Reihenfolge der Dimensionen-Scores war zunächst in beiden Indikationsgruppen ähnlich: „Arbeitsplatzbezogene generalisierte Sorgen“ und „Gesundheits- und körperbezogene Ängste“ scheinen die bedeutsamsten Aspekte von Job-Ängste zu sein, während das oft diskutierte Problem des Mobbing – in der JAS in der Dimension „Soziale Ängste und Beeinträchtigungskognitionen“ aufgegriffen – erst nachrangige Bedeutung hat.

Offensichtlich haben Psychosomatik- und Orthopädiepatienten jedoch dennoch ein unterschiedliches Job-Angst-Erleben, nicht nur in der Höhe der Skalenmittelwerte, sondern auch bezüglich der Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte innerhalb der Dimensionen/Subskalen. Unsere Daten stützen die Annahme, dass psychische Störungen auch den Arbeitsplatz umfassen und solche Patienten auch bezüglich dieses wichtigen Lebensbereichs spezifische Probleme entwickeln. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, dass der sonst regelhaft zu findende Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Job-Angst nicht auftritt. Der Arbeitsplatz scheint für Männer wie Frauen in gleicher Weise anfordernd zu sein.

Job-Angst und Arbeitsunfähigkeit

In Bezug auf die Zusammenhänge von Job-Angst-Erleben und Arbeitsunfähigkeitsdauer in beiden Indikationsgruppen ist anzunehmen, dass Patienten die unter schwerwiegenderen Job-Ängsten leiden, und somit auch höhere JAS-Scores erzielen, häufiger und länger die gefürchtete Arbeitssituationen vermeiden, d.h. sich krank schreiben lassen. Es ist anzunehmen, dass sie dabei auch oft körperliche Symptome entwickeln und letztlich deswegen eine ärztliche Krankschreibung erhalten [15]. Andererseits ist es ebenso möglich, dass eine notwendige längerdauernde Krankschreibung aufgrund irgendeiner anderen (somatischen, hier bspw. orthopädischen) Erkrankung das Ausmaß an Unsicherheit, Befürchtungen, reduziertem Selbstwirksamkeitserleben und gesteigertem Angsterleben gegenüber der Arbeitssituation und möglichen Veränderungen während der eigenen Abwesenheit fördert (vgl. auch [20], [1]).

Qualität von Job-Ängsten in unterschiedlichen Indikationsgruppen

Es ist zum einen anzunehmen, dass Unterschiede im Job-Angsterleben auf einer quantitativen Ebene gemacht werden können, wenn es um eine Differenzierung von psychischer und

somatischer Symptomatik geht. Zum anderen jedoch lässt sich annehmen, dass es qualitative Unterschiede gibt bezüglich der Art der Job-Ängste, die in verschiedenen Indikationsgruppen eine vorherrschende Rolle spielen.

Es wird deutlich, dass auch Patienten ohne primäre psychische Erkrankung von Job-Ängsten betroffen sein können, sich dies jedoch, wie hier an orthopädisch Erkrankten gefunden, insbesondere in Form von gesundheitsbezogenen Ängsten ausdrückt. Die von Orthopädiepatienten im Vergleich zu den anderen Subskalen am häufigsten mit Höchstwerten eingeschätzten funktionsbezogenen Ängste (Tab. 2) weisen darauf hin, dass es sich hier um eine indikationsspezifische Job-Angst-Dimension zu handeln scheint, da diese Indikationsgruppe wohl berechtigterweise insbesondere besorgt ist um ihre Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher Einschränkungen ([6], [20]). Psychosomatikpatienten dagegen, bei denen keine somatische Indikation im Vordergrund steht, leiden eher verstärkt unter genereller Besorgnis, Panikerleben, Existenzängsten und globaler Arbeitsplatzangst. Ein weiterer qualitativer Unterschied *innerhalb* der Dimension der Gesundheitsängste ist, dass Orthopädiepatienten neben körperbezogenen hypochondrischen Ängsten vor allem stärker ausgeprägte funktionsbezogene Ängste erleben (Tab. 2), d.h. häufiger eine starke Befürchtung haben, aufgrund der Erkrankung nicht leistungsfähig zu sein; Psychosomatikpatienten hingegen erleben häufigerstarke hypochondrische Ängste, also die Befürchtung, durch die Arbeit krank zu werden. Dies wiederum lässt sich mit der Tendenz der Psychosomatikpatienten zu generell erhöhtem, aber nicht somatisch begründbarem Angsterleben erklären.

Die zudem gegenüber den Orthopädiepatienten stärker ausgeprägte Neigung der Psychosomatikpatienten körperliche Symptome im Sinne von Panik wahrzunehmen, lässt annehmen, dass Orthopädiepatienten aufgrund der ihnen bekannten somatischen Erkrankung

körperliche Empfindungen nicht so häufig als Angstsymptome interpretieren wie die Psychosomatikpatienten, die häufiger mit genereller Ängstlichkeit vorbelastet sind.

Die in den Dimensionen Soziale Ängste und Insuffizienzerleben sowie phobische Vermeidung gefundenen relationalen Ähnlichkeiten im Ratingverhalten beider Gruppen (vgl. Verteilungen der Skalenwerte Tab. 2) lassen den Schluss zu, dass hierbei ähnliche Bewertungsmaßstäbe bei Psychosomatikpatienten und Orthopädiepatienten bestehen bezüglich des Erlebens dieser Problembereiche bei der Arbeit. Eine Erklärung dafür ist, dass diese Dimensionen keinen expliziten Bezug zu körperlichem Gesundheitserleben haben.

Begrenzungen der Studie

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten sollten einige Beschränkungen der Studie berücksichtigt werden. Mittels des Selbstbeurteilungsinstruments können keine Arbeitsangst-Diagnosen im klinischen Sinne gestellt werden, es kann nur das Ausmaß des arbeitsbezogenen Angsterlebens auf verschiedenen Dimensionen relativ zueinander erfasst werden. Weitere Untersuchungen sind notwendig zur Erhebung von Prävalenzen in verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Stichproben, wobei auch verschiedene Berufsgruppen betrachtet werden sollten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Job-Ängste haben bei Patienten mit psychischen wie auch orthopädischen Erkrankung ihre Besonderheit und sind ein Faktor zur Erklärung von Arbeitsunfähigkeit. Job-Angsterleben ist ein multidimensionales Phänomen welches verschiedene Angst-Qualitäten umfasst. Bei unterschiedlichen Patientengruppen zeigen sich Unterschiede im erlebten Ausmaß bestimmter Job-Ängste. Weitere Forschungen werden zeigen, ob es berufsgruppenspezifische Besonderheiten in Job-Angst-Profilen gibt ([8], [14]), was die Grundlage zur Entwicklung

gezielter Präventionsmaßnahmen sein könnte. Zudem gilt es herauszufinden, ob auch in anderen klinischen Indikationsgruppen Job-Ängste relevant sind im Zusammenhang mit der Erklärung von Arbeits(un)fähigkeit.

Literatur

- [1] Asante AK, Brintnell ES, Gross DP (2007) Functional self-efficacy beliefs influence functional capacity evaluation. *Jornal of Occupational Rehabilitation* 17: 73-82
- [2] Brodsky CM (1988) The psychiatric epidemic in the American workplace. *Occupational Medicine* 3: 633-62
- [3] Brown SP, Westbrook RA, Challagalla G (2005) Good cope, bad cope: adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event. *Journal of Applied Psychology* 90: 792-798
- [4] Bültmann U, Kant I, Kasl SV, Beurskens A, van den Brandt PA (2002) Fatigue and psychological distress in the working population: Psychometrics, prevalence, and correlates. *Journal of Psychosomatic Research* 52: 445-452
- [5] Buselli R, Gonelli C, Moscatelli M, Cioni V, Guglielmi G, Gattini V, Foddis R, Mignani A, Ottenga F, Cristaudo A (2006) Experience of a centre for the study of occupational adjustment disorders referred to psychological harassment-related diseases at the workplace. *Medicina di Lavoro* 97: 5-12
- [6] Dewa CS & Lin E (2000) Chronic Physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science and Medicine* 51: 41-50

- [7] Dormann C, Zapf D, Isic A (2002) Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call-Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 46: 201-215
- [8] Fehm L, Schmidt K (2006) Performance anxiety in gifted adolescent musicians. *Journal of Anxiety Disorders* 20: 98-109
- [9] Haines J, Williams CL, Carson, JM (2002) Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *International Journal of Stress Management* 9: 129-145
- [10] Hasalm C, Atkinson S, Brown SS, Hasalm RA (2005) Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders* 88: 209-215
- [11] Helge D (2001) Turning workplace anger and anxiety into peak performance. Strategies for enhancing employee health and productivity. *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 49: 399-406
- [12] Hobson J, Beach JR (2000) An investigation of the relationship between psychological health and workload among managers. *Occupational Medicine* 50: 518-22
- [13] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B (2007) Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 146: 315-324

- [14] Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM (2003) Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing* 29: 23-8
- [15] Linden M, Muschalla B (2007a) Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Der Nervenarzt* 87: 39-44
- [16] Linden M, Muschalla B (2007b) Anxiety disorders and workplace related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders* 21: 467-474
- [17] Linden M, Muschalla B, Olbrich D (2006) Die Job-Angst-Skala (JAS): Entwicklung eines neuen Fragebogens zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, im Druck
- [18] MacDonald HA, Colota V, Flamer S, Karlinsky H (2003) Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13: 63-77
- [19] Muschalla B (2005) Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie. Entwicklung des Fragebogens „Job-Angst-Skala“ zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste und seine Erprobung bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. Diplomarbeit. Freie Universität Berlin
- [20] Pearce DJ, Singh S, Balkrishnan R, Kulkarni A, Fleischer AB, Feldman AB, Feldman SR (2006) The negative impact of psoriasis on the workplace. *Journal of Dermatological Treatment* 17: 24-28

- [21] Price JL, Monson CM, Callahan K, Rodriguez BF (2006) The role of emotional functioning in military-related PTSD and its treatment. *Journal of Anxiety Disorders* 20: 661-674
- [22] Sczesny S, Thau S (2005) Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 48: 17-24
- [23] Turnipseed DL (1998) Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports* 82: 627-42
- [24] WHO (1992) International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. WHO, Geneva
- [25] Zapf D, Knorz C, Kulla M (1996) On the Relationship between Mobbing Factors and Job Content, Social Work Environment and Health Outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 5: 215-237

Tabelle 1. Gruppenvergleiche des selbstberichteten Job-Angsterlebens nach JAS bei psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitationspatienten (N=190)

T-Test für unabhängige Stichproben. Mittelwert (Standardabweichung). Signifikanzniveaus: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Abkürzungen der Vergleichsvariablen: Psy = Psychosomatikpatienten, Ort = Orthopädiepatienten; F = Frauen, M = Männer; L = Leitungsposition, NL = keine Leitungsposition; Sig. = Signifikanz der Mittelwertunterschiede, Cohen's d = Effektstärkemaß der Mittelwertunterschiede.

JAS-Dimensionen: A = Stimulusbezogene Ängste und Vermeidungsverhalten, B = Soziale Ängste und Beeinträchtigungskognitionen, C = Gesundheits- und körperbezogene Ängste, D = Insuffizienzerleben, E = Arbeitsplatzbezogene generalisierte Sorgen und Zukunftsängste

Ratings und Kategorien: JAS-Items: 0-4: trifft gar nicht zu – trifft voll zu. JAS GW = JAS Gesamtwert (Mittelwert über 70 Items)

Vergleichs- variable	Ort (N = 100)	Psych (N = 90)	Sig. 2sided Cohen's d	F (N = 142)	M (N = 48)	Sig. 2sided Cohen's d	L (N = 31)	NL (N = 157)	Sig. 2sided Cohen's d
Job- Angst-Dimension									
JAS GW	0,99 (0,68)	1,66 (0,96)	.000** 0,59	1,34 (0,9)	1,19 (0,9)	.321 0,14	1,34 (0,9)	1,29 (0,9)	.779 0,06
A	0,72 (0,7)	1,69 (1,2)	.000** 1,17	1,17 (1,1)	1,01 (1,1)	.374 0,17	1,33 (1,2)	1,1 (1,0)	.274 0,22
A1 Antizipator. Ängste	1,08 (1,0)	1,95 (1,3)	.000** 0,8	1,53 (1,2)	1,36 (1,2)	.389 0,15	1,65 (1,2)	1,47 (1,2)	.459 0,15
A2 Phobische Vermeidung	0,47 (0,6)	1,2 (1,2)	.000** 0,67	0,84 (1,0)	0,75 (1,1)	.624 0,08	1,02 (1,3)	0,77 (1,0)	.218 0,24
A3 Konditio- nierte Angst	0,67 (0,8)	1,57 (1,3)	.000** 0,9	1,12 (1,2)	0,91 (1,0)	.160 0,21	1,14 (1,1)	1,09 (1,2)	.809 0,04
A4 Globale Arbeitsplatzangst	0,57 (0,9)	1,77 (1,6)	.000** 0,94	1,21 (1,4)	0,89 (1,4)	.178 0,26	1,21 (1,5)	1,13 (1,4)	.789 0,06
B	0,75 (0,6)	1,31 (0,9)	.000** 0,63	1,0 (0,8)	0,9 (0,9)	.371 0,08	1,13 (0,9)	0,99 (0,8)	.400 1,17
B5 Ausbeutungs- ängste	1,10 (0,9)	1,49 (1,0)	.009** 0,48	1,3 (1,0)	1,23 (1,0)	.678 0,08	1,44 (1,0)	1,24 (1,0)	.330 0,2
B6 Bedrohungs- erleben	0,41 (0,7)	0,90 (1,1)	.000** 0,49	0,66 (0,9)	0,61 (0,9)	.753 0,05	0,80 (1,0)	0,63 (0,9)	.354 0,19
B7 Interaktio- nelle Soz. Angst	0,75 (0,7)	1,43 (1,0)	.000** 0,8	1,13 (0,9)	0,91 (1,0)	.173 0,24	1,14 (1,0)	1,06 (0,9)	.666 0,09
C	1,41 (1,0)	1,99 (1,2)	.001** 0,53	1,72 (1,2)	1,57 (1,1)	.460 0,12	1,64 (1,2)	1,7 (1,2)	.819 0,05
C8 Hypochond- rische Tendenzen	1,56 (1,4)	1,94 (1,5)	.072 0,26	1,8 (1,4)	1,57 (1,4)	.330 0,17	1,64 (1,5)	1,76 (1,4)	.690 0,09
C9 Panik und körperl. Sympt.	1,17 (1,0)	2,03 (1,2)	.000** 0,79	1,64 (1,2)	1,38 (1,1)	.175 0,22	1,66 (1,3)	1,56 (1,2)	.642 0,08
C10 Funktions- bezogene Ängste	1,78 (1,3)	1,93 (1,4)	.437 0,13	1,77 (1,3)	2,07 (1,4)	.193 0,23	1,55 (1,2)	1,91 (1,4)	.174 0,26
D	0,98 (0,8)	1,63 (1,0)	.000** 0,56	1,35 (1,0)	1,11 (0,8)	.149 0,25	1,13 (0,8)	1,32 (1,0)	.341 0,2
D11 Insuffizienz- erleben	0,97 (0,8)	1,68 (1,0)	.000** 0,79	1,39 (1,0)	1,05 (0,8)	.027* 0,36	1,13 (0,8)	1,33 (1,0)	.299 0,21
D12 Veränder- ungsängste	1,01 (0,9)	1,54 (1,2)	.001** 0,53	1,29 (1,1)	1,18 (1,0)	.565 0,1	1,07 (0,9)	1,3 (1,1)	.307 0,22
E	1,51 (0,9)	2,17 (1,1)	.000** 0,66	1,83 (1,0)	1,83 (1,1)	.995 0,0	1,9 (1,0)	1,79 (1,0)	.588 0,11
E13 Generali- sierte Sorgen	1,16 (1,0)	2,02 (1,2)	.000** 0,82	1,59 (1,2)	1,48 (1,2)	.581 0,09	1,79 (1,2)	1,50 (1,2)	.224 0,24
E14 Existenz- angst	1,87 (1,0)	2,33 (1,1)	.003** 0,44	2,06 (1,1)	2,17 (1,1)	.522 0,1	2,01 (1,0)	2,09 (1,1)	.732 0,07

Tabelle 2. Verteilung von Job-Angst Subskalenscores bei Patienten in der psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitation (N=190)

Anmerkungen: 0-<1: Skalenmittelwert liegt zwischen 0 und unter 1; 1-<2: Skalenmittelwert liegt zwischen 1 und unter 2; 2-<3: Skalenmittelwert liegt zwischen 2 und unter 3; 3-4: Skalenmittelwert liegt zwischen 3 und 4. Angegeben sind die prozentualen Häufigkeiten der Probanden der jeweiligen Indikationsgruppe, die einen bestimmten Skalenscore erreichen.

JAS-Subskala	Psycho- somatik (N=90)				Ortho- pädie (N=100)			
	0-<1	1-<2	2-<3	3-4	0->1	1-<2	2-<3	3-4
Antizipator. Angst	26,7%	21,1%	23,3%	28,9%	52%	26%	15%	7%
Phobische Vermeidung	52,2%	21,1%	15,6%	11,1%	79%	17%	4%	0%
Konditionierte Angst	40,0%	22,2%	16,7%	21,1%	73%	18%	8%	1%
Globale Arbeitsplatz- angst (Globalitems)	34,4%	20,0%	12,2%	33,3%	71%	17%	3%	9%
Ausbeutungs- angst	36,7%	25,6%	24,4%	13,3%	50%	34%	12%	4%
Interaktio- nelle Soziale Ängste	38,9%	31,1%	20,0%	10,0%	70%	19%	11%	0%
Bedrohungs- und Beeinträchti- gungsüber- zeugungen	64,4%	18,9%	8,9%	7,8%	84%	9%	7%	0%
Hypochond- rische Tendenzen	34,4%	13,3%	18,9%	33,3%	38%	24%	16%	22%
Panik und körperliche Symptome	26,7%	20,0%	24,4%	28,9%	48%	32%	12%	8%
Funktions- bezogene Ängste	24,4%	26,7%	27,8%	13,3%	26%	27%	17%	30%
Allgemeines Insuffizienz- erleben	32,2%	26,7%	27,8%	13,3%	57%	28%	14%	1%
Veränderungs- ängste	38,2%	25,8%	16,9%	19,1%	56%	26%	13%	5%
Generalisierte Sorgen	21,1%	28,9%	18,9%	31,1%	46%	31%	13%	10%
Existenzangst	11,1%	25,6%	27,8%	35,6%	18%	34%	31%	17%
JAS- Mittelwert	28,9%	35,6%	24,4%	11,1%	59%	28%	13%	0%