Muschalla, B. (2014). Arbeitsbezogene Ängste in Forschung und Praxis – Ein aktuelles Schnittstellenphänomen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 58, 206-214.

19.05.2014

Kolumnentitel: Arbeitsbezogene Ängste – Ein Schnittstellenphänomen

**Arbeitsbezogene Ängste in Forschung und Praxis – Ein aktuelles
Schnittstellenphänomen**

Beate Muschalla

Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Potsdam

Beate.muschalla@gmx.de

Manuskript angenommen zur Publikation in der **Zeitschrift für Arbeits- und
Organisationspsychologie**

Zeichenanzahl (mit Leerzeichen) Manuskripttext: 21.294 Zeichen

Zusammenfassung

Arbeitsplätze besitzen ihrer Natur nach zahlreiche potentiell angstauslösende oder angstverstärkende Charakteristika. Manifestieren sich arbeitsbezogene Ängste, können Absentismus, Langzeitarbeitsunfähigkeit bis hin zur Erwerbsunfähigkeit die Folgen sein. Bei Rehabilitanden findet man in 30–60% der Fälle arbeitsbezogene Ängste, die die berufliche Wiedereingliederung erschweren. Aber auch bei psychisch gesunden Erwerbstätigen wurde bei 5 % der Beschäftigten eine arbeitsangstbedingte Neigung zur Krankschreibung gefunden. In der zukünftigen Forschung sollte arbeitsbezogenen Ängsten nicht erst in der Rehabilitation, sondern bereits präventiv am Arbeitsplatz selbst Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Konzept bietet Ansatzpunkte für psychische Gefährdungsanalysen, sowie Arbeitsplatzgestaltung und –passung.

Schlüsselwörter: Arbeitsplatz, Angst, Arbeitsunfähigkeit, psychische Gefährdungsanalyse

Abstract

Workplaces contain by their very nature different anxiety-provoking characteristics. When workplace-related anxieties manifest, absenteeism, long-term-sick leave, and even disability pension can be the consequences. In medical-vocational rehabilitation about 30–60% of the patients suffer from workplace-related anxieties which are often a barrier for return to work. Even in mentally healthy employees, 5% said that they were prone to ask for a sick leave certificate due to workplace-related anxieties. Future research should focus on workplace-related anxieties not only in rehabilitation, but more earlier, i.e. in the workplace. The concept of workplace-related anxieties offers ideas which can be useful in mental-health-oriented work analysis, employee-workplace-fit, and job design.

Keywords: Workplace, anxiety, sick leave, mental health-oriented work analysis

Arbeitsbezogene Ängste in Forschung und Praxis - Ein aktuelles Schnittstellenphänomen

In der Gesundheitspolitik ist die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt ein zentrales Thema (BAuA, 2012; BMAS, 2011). Beim DGPs-Kongress 2012 wurde in den Eröffnungsworten aufmerksam gemacht auf die zunehmenden Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen, die ein gesellschaftlich und auch für die Psychologie in Wissenschaft und Praxis relevantes Problem darstellen. Der vorliegende Beitrag möchte ein klinisch basiertes Konzept von „arbeitsbezogenen Ängsten“ (Muschalla & Linden, 2013b) in die Fachdiskussion einbringen. Dieses Konzept bietet für die Arbeits- und Organisationspsychologie die Möglichkeit auf eine spezifische grundlegende innerpsychische Verarbeitungsdynamik von Arbeitsbedingungen zu achten.

Psychische Erkrankungen und Arbeitsleben aus klinischer Sicht

Epidemiologische Studien zeigen, dass die 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen zwischen 18 und 65 Jahren bei ca. 30% liegt (Wittchen et al., 2011). Psychische Erkrankungen verlaufen in 40% der Fälle chronisch (Linden, Muschalla, Keßler, Haverkamp & Rath, 2012) und gehen mit überdauernden Teilhabestörungen einher, die sich vor allem am Arbeitsplatz manifestieren (Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald, 2008; Haslam, Atkinson, Brown & Haslam, 2005; Greenberg et al., 1999; Linden & Weidner, 2005; Muschalla, Vilain, Lawall, Lewerenz & Linden, 2012). Psychische Erkrankungen sind mit durchschnittlich 38–41 Arbeitsunfähigkeitstagen je Fall (Techniker Krankenkasse, 2012) führend vor Herz-Kreislaufkrankungen und Muskel/Skelett-Erkrankungen (Techniker Krankenkasse, 2012; WidO, 2011). Aufgrund der besonderen klinischen Wertigkeit von arbeitsassoziierten psychischen Problemen wurden vereinzelt speziell arbeitsbezogene Diagnosen vorgeschlagen, wie bspw. das Konzept der arbeitsbedingten Depression (Mezerai, Dahane & Tachon, 2006). In psychosomatischen

Rehabilitationskliniken ist man täglich bei über 80% der Patienten mit Fragen der beruflichen Wiedereingliederung bei (Langzeit)arbeitsunfähigkeit konfrontiert, und bei 60% mit arbeitsbezogenen Ängsten, die die Wiedereingliederung erschweren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005; Linden & Muschalla, 2007). Seit Jahren werden international Konzepte zur Behandlung arbeitsbezogener Probleme entwickelt und evaluiert (z.B. Beutel et al., 2004; Hillert, Staedtke & Kunz, 2004; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards de Meij & Schaufeli, 2012; Noordik, van der Klink, Geskus, de Boer, van Dijk & Nieuwenhuisen, 2013).

Arbeit und Psyche in der (arbeits)psychologischen Forschung

In der Arbeits- und Organisationspsychologie werden arbeitsbezogene Bewältigungsfähigkeiten (z.B. Fay & Sonnentag, 2002; Kaluza, 2011; Schaarschmidt & Fischer, 2001), sowie Arbeitsbedingungen und ihre Zusammenhänge mit psychischer Befindlichkeit untersucht. Dies geschieht u.a. mit den Konzepten Burnout und Stress (Berger et al., 2012; Burisch, 2010; Maslach & Jackson, 1981; Semmer, 2006; Limm et al., 2011).

Das *Burnout-Konzept* beschreibt mit den Subdimensionen Erschöpfung, Depersonalisation und reduziertem Wirksamkeitserleben ein Belastungserleben im Zusammenhang mit der Arbeit. Burnout ist keine Diagnose einer psychischen Erkrankung (Berger et al., 2012). Der Begriff Burnout wird zuweilen als Diagnose verwendet, um deutlich zu machen, dass es sich um eine psychische Problematik mit Arbeitsbezug handelt. Die gesellschaftliche Akzeptanz eines durch explizit *arbeitsbedingte* Überlastung ausgelösten „Burnout-Syndroms“ scheint bislang noch größer zu sein als für eine „psychische Erkrankung“. Ein differentialdiagnostisches Konzept arbeitsbezogener Ängste ist im Vergleich zum Burnout-Konzept spezifischer im Sinne einer psychopathologischen

Beschreibung von Angstqualitäten, aufgrund derer dann Interventionsansätze abgeleitet werden können.

Der *Stress*-Begriff im ursprünglichen Sinn nach Selye (1956) beschreibt eine physiologische Akutreaktion, und eine Daueraktivierung bei Langzeitbelastung. Eine physiologische Stressreaktion an sich ist wertfrei und impliziert noch keinen Schluss auf die emotionale Qualität mit der sie erlebt wird. In Lazarus' transaktionalem Stresskonzept wird die Bedeutung kognitiver Bewertungen für individuelles Stresserleben thematisiert (Lazarus, 1993). Mit diesem Modell wird beschreibbar, dass sich aufgrund der Wahrnehmung einer Situation als „gefährlich“ Ängste entwickeln können. Neuere Forschung beschäftigt sich mit der Beschreibung präklinischer Stressreaktionen wie bspw. Irritation (Mohr, Rigotti & Müller, 2007). Ein differentialdiagnostisches Konzept von Arbeitsängsten fokussiert – über die Beschreibung einer physiologischen Stressreaktion und eines globalen Angstbegriffs hinaus – auf das Erleben von *Angst in unterschiedlichen Facetten*, sowie *unterschiedliche Formen der Verhaltensreaktion „Vermeidung“* in Bezug auf die Arbeit (Muschalla & Linden, 2013b). Eine in dieser Weise differenzierte Erfassung arbeitsbezogener Ängste kann Hinweise darauf geben, wie man Mitarbeiter mit Angstneigung zur Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit an einem Arbeitsplatz vorteilhaft einsetzen kann, wie man Arbeitsplätze „so wenig angstausslösend wie möglich“ gestalten kann, oder auch bei welchen Verhaltensweisen (z.B. häufige Abwesenheit oder Vermeiden bestimmter Aufgaben) der Vorgesetzte gegensteuernd reagieren sollte (Muschalla & Linden, 2013b).

(Warum) kann Arbeit Angst machen?

Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und psychischen Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen sind vielfach untersucht (z.B. Rau & Henkel, 2013; Angerer et al., 2014). Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie unter verschiedenen

Belastungsfaktoren bei der Arbeit Ängste provoziert werden können. Arbeitsplätze enthalten ihrer Natur nach verschiedenartige potentiell angst-triggernde Stimuli:

1. Die Erfahrung oder Vorstellung von „Scheitern“ ist ein unbedingter angstausslösender Stimulus. Leistungsanforderungen können qualitativ wie auch quantitativ, im Sinne einer die Fähigkeiten übersteigenden oder dauerhaft zu hohen Arbeitsmenge als stresserzeugend erlebt werden (Oppolzer, 2010). Hohe Anforderungen werden dann als Problem erlebt, wenn sie mit geringen Kontrollmöglichkeiten und geringer Unterstützung am Arbeitsplatz einhergehen (Sanne, Mykletun, Dahl, Moen & Tell, 2005). Neben äußeren Leistungsanforderungen sind auch die eigenen Erwartungen an Arbeitsergebnisse relevant, d.h. das eigene Leistungsmotiv oder Anspruchsniveau (Heckhausen, 1989; McClelland, Atkinson, Clark & Lowell, 1976; Hoppe, 1930). Bei andauernden Misserfolgserlebnissen kann sich Angst vorm Scheitern entwickeln.
2. Auch Vorgesetzte sind allein aufgrund ihrer Kontroll- und Sanktionierungsfunktion potentiell angstausslösend (Gilbreath & Benson, 2004; Panse & Stegmann, 2007; Tepper, 2007). Kommunikation auch über Hierarchieebenen hinweg ist notwendig, um überflüssige Induktion von Ängsten zu vermeiden (Perlow & Williams, 2003).
3. Da Menschen bei der Arbeit oft auf engem Raum zusammen sind, z.B. in einem Büro, und dort miteinander einen Großteil des Tages verbringen, ist es normal, dass es auch bei der Arbeit zu sozialen Konflikten jeder Art kommen kann, bei denen oft nicht die Möglichkeit besteht auszuweichen. „Rudelverhalten“, d.h. der natürliche Kampf um die Rangplätze in der Gruppe (Yalom, 1970) und Wettbewerbsverhalten zwischen den Gruppenmitgliedern (Stroebe, Jonas & Hewstone, 2007; Thomas & Hynes, 2007), sowie die dazu

genutzten Bedrohungssignale wie Blick und Körpersprache (Eibl-Eibesfeldt, 2004) können angstaussendend wirken. Weitergehend können erlebtes Mobbing, Diskriminierung oder sexuelle Belästigung (Bowling & Beehr, 2006; Escartín, Zapf, Arrieta & Rodríguez-Carballeira, 2011; Freudenberg, 1974; McDonald, 2012; Morgan, Walker, Hebl & King, 2013) Angsttrigger darstellen.

4. Neben Konflikten im Kollegenkreis gibt es auch Bedrohungen durch Dritte, wie verbale oder körperliche Angriffe durch Patienten, Schüler oder Kunden, oder Überfälle. Solchen Gefahren sind z.B. Feuerwehrleute, Polizisten, Psychiatriekrankenschwestern oder Bankangestellte ausgesetzt (Alexy & Hutchins, 2006; Johnson, 2009; Kuchenbecker & Amann, 2010; Laposa, Alden & Fullerton, 2003; MacDonald, Colota, Flamer & Karlinsky, 2003; Mahan et al., 2010; Price, Monson, Callahan & Rodriguez, 2006).

5. Neben Arbeitsunfällen existieren auch noch viele andere Gesundheitsgefährdungen durch die Art der Arbeitsumgebung, z.B. durch Allergene oder chemische Stoffe (Nakazawa et al., 2005; Nicholson & Vincenti, 1994), die zu Gesundheitsschäden oder aber auch zu Ängsten vor solchen führen können.

6. Das Erleben mangelnder Kontrolle ist ein unbedingter Angstaussender (Christianson et al., 2011), insbesondere für Menschen mit einer geringen Fähigkeit zur Ungewissheitstoleranz (Becker & Margraf, 2002; Linden & Hautzinger, 2008). Bei der Arbeit können bspw. eingeschränkte Handlungsspielräume (BAuA, 2012; Rau & Henkel, 2013) und Intransparenz das Kontrollerleben einschränken und angstaussendend wirken. Beispiele sind die Unvorhersehbarkeit wenn es bei der nächsten Versetzung oder Stellenreduktion trifft (Forcella et al., 2007), die Einführung neuer Technologien (Beutel et al.,

2004; Smith, Conway & Karsh, 1999; Hallowell, 1999), oder auch weiterreichende Veränderungen wie antizipierte Firmenschließung oder Firmenfusion (Campbell & Pepper, 2006).

7. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet oft eine Existenzbedrohung und ist tatsächlich ein häufig genanntes belastendes Lebensereignis (Holmes & Rahe, 1967; Spera, Buhrfeind & Pennebaker, 1994). Ein Arbeitsplatzverlust stellt mit Verlust des sozialen Status auch eine psychologische Belastung dar (Mohr, 2010; Strazdins, D'Souza, Lim, Broom, Rodgers, 2004). Schon eine subjektiv erlebte Arbeitsplatzunsicherheit kann zu einer Quelle der Ängstigung werden (Campbell & Pepper, 2006; Forcella et al., 2007; Mohr & Otto, 2011; Paul & Moser, 2009).

Wie kann Angst am Arbeitsplatz konzeptualisiert werden?

Unabhängig von ihrer Entstehung lässt sich Angst nach dem Drei-Komponenten-Modell nach Lang (1968) grundsätzlich auf den Ebenen der Kognition, der physiologischen Reaktionen und des (Vermeidungs-)Verhaltens beschreiben. Ängste sind immer dimensionale Phänomene: Angst zu haben an sich bedeutet noch keine Angsterkrankung. Die klinische Wertigkeit von Ängsten hängt ab von der Intensität, der Häufigkeit einer Angstreaktion, und von der Qualität des Stimulus (APA, 1994; Gastpar, Caspar & Linden, 2003). Will man Ängste am Arbeitsplatz beschreiben, dann gibt es mehrere Beschreibungsperspektiven. Angst kann, auch im Sinne einer präklinischen Ängstlichkeit, als *Globalkonstrukt* beschrieben werden (z.B. Mohr et al., 2007; Spielberger, Laux, Glanzmann & Schaffner, 1981), oder aber *nach dem angstausslösenden Gegenstand* (z.B. Kittner, 2003; Payne, Fineman & Jackson, 1982), oder entsprechend der

psychopathologischen Prozesse, z.B. sogenanntes Worrying im Sinne eines übermäßigen Sorgenverhaltens, oder einer phobischen Reaktion mit Fluchtimpuls (Gastpar et al., 2003; Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999). Im nächsten Abschnitt wird das psychopathologisch-differentialdiagnostische Konzept arbeitsbezogener Ängste vorgestellt.

Psychopathologische Konzeptualisierung arbeitsbezogener Ängste

Sowohl globale Angstfragebögen als auch gegenstandsbezogene Typisierungsversuche gehen von „Angst“ als einem eindimensionalen Konstrukt aus. Es wird keine Differenzierung zwischen verschiedenen Qualitäten von Angst im Sinne einer psychopathologischen Differentialdiagnostik vorgenommen. Ein differenzierteres Verständnis der „Art von Angst“ ist jedoch notwendig für die kurative Behandlung von Betroffenen, wie auch im Hinblick auf berufliche Wiedereingliederung, oder hinsichtlich der Arbeitsplatzanpassung für Menschen mit (auch präklinischer) Angstneigung. In der psychosomatischen Rehabilitation wurde das psychopathologisch-differentialdiagnostische Konzept der arbeitsbezogenen Ängste entwickelt (Linden & Muschalla, 2007). Analog zu den Differenzierungen verschiedener Angstqualitäten in den internationalen Diagnosesysteme DSM-IV (APA, 1994) und ICD-10 (WHO, 1992) sowie dem Psychopathologie-Befundungs-System (AMDP, 2008) gibt es auch im Bezug zur Arbeit unterschiedliche Angstprozesse. Aus einer Reihe von Untersuchungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation, die aufgrund von arbeitsbezogenen Problemen und Arbeitsunfähigkeit in diese Kliniken eingewiesen werden (Linden & Muschalla, 2007; Muschalla, 2008), wurde eine Typisierung spezifischer arbeitsbezogener Ängste aus psychopathologischer Perspektive erarbeitet (Tabelle 1).

[Tabelle 1 etwa hier einfügen]

Operationalisierungen zur psychopathologisch- differentialdiagnostischen Erfassung von arbeitsbezogenen Ängsten und empirische Befunde

Eine Operationalisierung der vorgenannten psychopathologischen Dimensionen arbeitsbezogener Ängste als Selbstbeurteilungsfragebogen ermöglicht die *Job-Angst-Skala* JAS (Linden, Muschalla & Olbrich, 2008). Die Skala basiert auf psychopathologischen Konzepten von kognitiven, emotionalen und physiologischen Angstsymptomen. Die JAS dient nicht dazu Diagnosen zu stellen, sondern sie quantifiziert dimensional das erlebte Ausmaß an arbeitsbezogenen Ängsten. Sie beinhaltet 70 Items in fünf Hauptdimensionen: (1) Stimulusbezogene Ängste und Vermeidungsverhalten, (2) Soziale Ängste und Beeinträchtigungskognitionen, (3) Gesundheits- und körperbezogene Ängste, (4) Insuffizienzerleben und (5) Arbeitsbezogene generalisierte Sorgen. 13 Items aus der JAS konstituieren ein ökonomisches „Arbeitsplatzphobie-Screening“ (Muschalla & Linden, 2008, 2011), welches speziell die arbeitsplatzphobische Symptomatik mit den beiden Faktoren Panik und Vermeidungsverhalten erfasst.

Zur kategorialen Differentialdiagnostik der verschiedenen arbeitsbezogenen Ängste liegt das in mehreren Untersuchungen validierte halbstrukturierte Arbeits-Angst-Interview vor (Linden & Muschalla, 2007; Muschalla & Linden, 2013b), welches in Anlehnung an die DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) der Angsterkrankungen speziell für arbeitsbezogene Ängste adaptiert wurde. In Untersuchungen an Patienten in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurde gefunden, dass über 60% der hier aufgenommenen Patienten

nach den Diagnosekriterien im Arbeits-Angst-Interview unter irgendeiner Art arbeitsbezogener Angst leiden. Bei 14% aller Patienten lag eine spezifische alleinstehende Arbeitsangst ohne Grundangsterkrankung vor (Linden & Muschalla, 2007). Die teilweise Unabhängigkeit der Arbeitsängste von generellen psychischen Beschwerden wurde in verschiedenen Untersuchungen in der Psychosomatik sowie in somatischen Indikationsbereichen bestätigt (Muschalla, Linden & Olbrich, 2010; Muschalla & Linden 2009, 2012, 2013b). Eine bei Arbeitsängsten spezifische sozialmedizinische Problematik ist die Langzeitarbeitsunfähigkeit, die als Krankheitsentwicklungsfolge sowohl sozioökonomisch als auch für den Betroffenen ein existentielles Problem darstellt. Arbeitsangst hängt in besonderem Maße mit Arbeitsunfähigkeit zusammen (Smith, 2009; Muschalla, 2008). Fünf Prozent aus einer Stichprobe von somatischen Rehabilitationspatienten und 17% der Psychosomatik-Patienten litten an der schwersten Form der Arbeitsangst: einer Arbeitsplatzphobie (Muschalla, 2008). Von den psychosomatischen Arbeitsplatz-Phobikern waren 80% nicht mehr am Arbeitsplatz: 57% mit einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 24 Wochen, und bei den weiteren 23% war es in der Krankheitsentwicklung bereits zu einem Arbeitsplatzverlust gekommen. Arbeitsplatzphobie ist insbesondere aufgrund dieser Krankheitsfolgen ein ernstzunehmendes Sonderproblem unter den psychischen Erkrankungen. Bei Untersuchungen chronisch psychisch kranker Patienten in Hausarztpraxen war in 10% der Fälle eine arbeitsplatzphobische Symptomatik zu beobachten (Muschalla & Linden, 2013a). Selbst bei einer Stichprobe aktuell arbeitstätiger und explizit *nicht wegen psychischer Probleme in Behandlung* befindlicher Berufstätiger gaben 5% angstbedingte Vermeidungsimpulse hinsichtlich ihres Arbeitsplatzes an (Muschalla, Heldmann & Fay, 2013).

Eine weitere Besonderheit von Arbeitsängsten gegenüber den konventionellen Angsterkrankungen scheint schließlich auch zu sein, dass sie zum Teil in verschiedenen

Berufsgruppen in unterschiedlicher Häufigkeit auftreten: Spezifische soziale Ängste fanden sich vermehrt bei Büroangestellten, Insuffizienzängste relativ häufiger bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Sorgenängste dagegen fanden sich in allen Berufsbereichen in ähnlichem Ausmaß (Muschalla & Linden, 2013c). Die Arbeitsängste unterscheiden sich außerdem in der Art der Beeinträchtigungen: während generalisierte Sorgenängste eher mit mangelnder Entscheidungsfähigkeit, Überstunden und Daueranspannung am Arbeitsplatz einhergehen (Muschalla & Linden, 2013b), sind Arbeitsplatzphobien mit den längsten Krankschreibungen und häufigsten Arbeitsplatzverlusten assoziiert (Muschalla, 2008).

Wozu kann das Konzept der Arbeitsängste nutzen?

Sowohl für wissenschaftliche Studien als auch für die Praxis gilt Folgendes:

1. Bei der *Analyse* arbeitsassoziierter psychischer Probleme ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Stimuluspezifität in verschiedenen Berufsfeldern z.T. mit unterschiedlichen Ängsten und daraus folgenden unterschiedlichen Beeinträchtigungen zu rechnen und umzugehen ist.
2. Auf *Interventionsebene* muss *im Einzelfall* klar sein, welche Art von Angst bei einer Person vorliegt (Linden & Hautzinger, 2008), um sie zu behandeln. Aber auch für *bedingungsbezogene Interventionen*, d. h. für die arbeitsorganisatorische Perspektive ist eine differenzierte Kenntnis möglicher Ängste am Arbeitsplatz von Bedeutung: Hier geht es im Sinne von Gefährdungsanalysen darum, die potentiell angstausslösenden Faktoren zu kennen und den Arbeitsplatz derart zu gestalten, dass einer potentiellen Angstverstärkung entgegengewirkt wird (z.B. Notrufsysteme und/oder Deeskalationstrainings für Beratungsmitarbeiter die häufig aggressive Kunden betreuen).

3. Auch bei der *Selektion*, d.h. der Auswahl von Mitarbeitern für verschiedene Arbeitsaufgaben, muss mitbedacht werden, ob und in welcher Weise bei der Person eine Angstneigung vorliegt. Hier geht es um den Person-Role-Fit, d.h. um Arbeitsplatzpassung, um Anforderungsanalysen (Cramer & Davidhizar, 2000; French, 1973; Marcus, 2011), um die Herstellung leidensgerechter Arbeitsplätze (Hillert, Müller-Fahrnow & Radoschewski, 2009) und Inklusion (BMAS, 2011) für Mitarbeiter mit bestimmten (auch präklinischen) Angstneigungen. Es muss z.B. im Einzelfall abgewogen werden, ob ein gewissenhafter Mitarbeiter mit jedoch Neigung zu Sozialängsten im Verkauf oder gewinnbringender in der Buchhaltung eingesetzt werden sollte.

Für die Zukunft erscheint die *praktische Umsetzung der Konzepte zur Integration* von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt von besonderer Bedeutung. Hier sollte, angesichts der im Stressreport (BAuA, 2012) aufgezeigten Belastungen und damit potentiellen Angstausröser, vor allem auch der Frühintervention (Nash-Wright, 2011) und Prävention von angstvermeidungsbedingten Arbeitsausfällen Aufmerksamkeit zukommen. Von der DGPs wird bereits gefordert, neben Medizinern auch Arbeitspsychologen an der Durchführung der nun gesetzlich vorgeschriebenen *psychischen Gefährdungsanalysen* in Betrieben mit zu beteiligen. Das Konzept der Arbeitsängste kann für die Konzeptualisierung von Gefährdungsbeurteilungen oder Arbeitsplatzanpassungen von Nutzen sein: Die Zusammenführung von klinischen (Angstdifferentialdiagnostik) und arbeitspsychologischen (Angsttrigger am Arbeitsplatz) Aspekten ermöglicht es, dass präventiv auf spezifische Arbeitsmerkmale geachtet wird, von denen man aus klinischer Erfahrung weiß, dass

sie – insbesondere für Menschen mit bestehenden psychischen Vulnerabilitäten, d.h. auch ca. 30% der Bevölkerung im Erwerbsalter – bei der Arbeit ungünstig wirken, bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. Dies betrifft beispielsweise getaktete oder wettbewerbsorientierte oder zu hohe Leistungsanforderungen bei Menschen mit Neigung zu Insuffizienzängsten, oder die Art und das Ausmaß sozialer Exposition für Menschen mit sozialer Ängstlichkeit, oder die Arbeitsplatzausstattung und Umweltfaktoren bei Menschen mit Neigung zu hypochondrischem Erleben (Muschalla & Linden, 2013b).

Anforderungs- und Gefährdungsanalysen können derart konzipiert werden, dass sie v.a. die potentiell *angst-relevanten* oder -verstärkenden Merkmale des Arbeitsplatzes erfassen (vgl. Abschnitt (Warum) kann Arbeit Angst machen?). Für die Frage der *Person-Anforderungs-Passung* kann dann ein Abgleich vorgenommen werden von Arbeitsplatzmerkmalen bzw. -anforderungen einerseits mit der Angstreagibilität einer Person andererseits. Im Rahmen von *Gefährdungsanalysen* wäre zu prüfen, ob ein erhöhter Anteil von Mitarbeitern der gleichen Arbeitstätigkeit angesichts bestimmter Arbeitsplatzfaktoren mit erhöhten Angstwerten auffällig wird.

Auch *wissenschaftlicherseits* besteht in diesem Bereich Forschungsbedarf: bislang ist bspw. unklar, welche Arbeitsfaktoren bei welchen klinischen Charakteristiken von Mitarbeitern zu Arbeitsunfähigkeit führen. Entwicklungen arbeitspsychologisch-klinisch orientierter Anforderungs- und Gefährdungsanalysen können sich als weiterführend erweisen (z.B. Zielke, 2001).

Literatur

- Alexy, E.M. & Hutchins, J.A. (2006). Workplace violence: a primer for critical care nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18, 305–312.
- AMDP Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. (Hrsg.). (2008). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (8. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S., & Nowak, D. (Hrsg.). (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Heidelberg: ecomed Medizin.
- APA American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Berlin: BAuA.
- Becker, E.S. & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörungen. Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Vorderholzer, U., & Maier, W. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. 07.03.2012, DGPPN. Zugriff am 17.03.2014
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf
- Beutel, M.E., Gerhard, C., Wagner, S., Bittner, H.R., Bleicher, F., Schattenburg, L., Knickenberg, R., Freiling, T., Kreher, S. & Martin, H. (2004). Reduction of technology fears

in psychosomatic rehabilitation – concepts and results based on a computer training for older employees. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 221–230.

Blank, I., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & Macdonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 27–34.

BMAS (Hrsg.). (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bowling, N. & Beehr, T.A. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 91, 998–1012.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.

Campbell, R. & Pepper, L. (2006). Downsizing and social cohesion: the case of downsizing survivors. *New Solutions: A journal of environmental and occupational health policy*, 16, 373–393.

Christianson, J.P., Jennings, J.H., Ragole, T., Flyer, J.G., Benison, A.M., Barth, D.S., Watkins, L.R. & Maier, S.F. (2011). Safety Signals Mitigate the Consequences of Uncontrollable Stress Via Circuit Involving the Sensory Insular Cortex and Bed Nucleus of the Stria Terminalis. *Biological Psychiatry*, 70, 458–464.

Cramer, C. & Davidhizar, R. (2000). The health care employee with an “attitude”. *Hospital Material Management Quarterly*, 22, 27–33.

DRV Deutsche Rentenversicherung Bund. (2005). *Qualitätsbericht 2005 Rehazentrum Seehof*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Eibl-Eibesfeldt, I. (2004). *Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss der Humanethologie*. Vierkirchen-Pasenbach: Blank.

- Escartín, J., Zapf, D., Arrieta, C., & Rodríguez-Carballeira, A. (2011). [Worker's perception of workplace bullying: A cross-cultural Study](#). *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 178–205.
- Fay, D. & Sonnentag, S. (2002). Rethinking the Effects of Stressors: A Longitudinal Study on Personal Initiative. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 221–234.
- Forcella, L., Di Donato, A., Coccia, U., Tamellini, L., Di Giampaolo, L., Grapsi, M., D'Intino, A., Pulini, S., Di Guiseppe, D., Turano, A. & Boscolo, P. (2007). Anxiety, job stress and job insecurity among teachers with indefinite or definite time contract. *Giornale Italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, 29, 683–686.
- French, J.R.P. (1973). Person role fit. *Occupational Mental Health*, 3, 15–20.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Gastpar, M.T., Caspar, S. & Linden, M. (Hrsg). (2003). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Gilbreath, B. & Benson, P.G. (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 18, 255–266.
- Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R. & Davidson, J.R. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427–435.
- Haines, J., Williams, C.L. & Carson, J.M. (2002). Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *International Journal of Stress Management* 9 (3), 129–145.
- Hallowell, E.M. (1999). The human moment at work. *Harvard Business Review*, 77, 58–64, 66.
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S.S. & Haslam, R.A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders*, 88, 209–215.

- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hillert, A., Staedtke, D. & Cuntz, U. (2004). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation. Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 15, 94–100.
- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F.M. (Hrsg.). (2009). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Hoppe, F. (1930). *Erfolg und Misserfolg*. Dissertation. Berlin: Verlagsbuchhandlung Julius Springer.
- Johnson, S.L. (2009). Improving the school environment to reduce school violence: a review of the literature. *Journal of School Health*, 79, 451–465.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kittner, C. (2003). *Angst im Job*. München: Hampp.
- Kuchenbecker, M. & Amann, S. (2010). *Seminar Prävention von Raubüberfällen und Gewaltereignissen*. Eschborn: RKW Rationalisierungs- und Innovationszentrum der deutschen Wirtschaft e.V.
- Lagerveld, S.E., Blonk, R.W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards de Meij, L. & Schaufeli, W.B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17, 220–234.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.). *Research in Psychotherapy*. (Vol 3) (S. 90–103). Washington: American Psychological Association.

- Laposa, J.M., Alden, L.E. & Fullerton, L.M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 29, 23–28.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–22.
- Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Marten-Mittag, B., Nater, U.M., Siegrist, J., & Angerer, P. (2011). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 126–133.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2008). Verhaltenstherapie. Theoretische und empirische Grundlagen und klinische Anwendungsprinzipien. In: H.J. Möller, G. Laux & H.P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (Band 1, Allgemeine Psychiatrie, S. 743–774). Berlin: Springer.
- Linden, M. & Muschalla, B. (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 467–474.
- Linden, M., Muschalla, B., Keßler, U., Haverkamp, L. & Rath, K. (2012). *Reha in der Hausarztpraxis. Rehabedarfsfeststellung, -zugang, -steuerung, -koordinierung, -optimierung und –verstetigung bei psychischen Erkrankungen unter Mitwirkung niedergelassener Ärzte. Eine Untersuchung zum Stand und zu den Optimierungsmöglichkeiten durch ein Rehakonsil. Abschlussbericht zum Modellprojekt*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Linden, M., Muschalla, B. & Olbrich, D. (2008). Die Job-Angst-Skala (JAS). Ein Fragebogen zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 52, 126–134.
- Linden, M. & Weidner, C. (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, 76, 1421–1431.

- MacDonald, H.A., 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.
- Mahan, P.L., Mahan, M.P., Park, N.J., Shelton, C., Brown, K.C. & Weaver, M.T. (2010). Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. *American Association of Occupational Health Nurses*, 58, 197–205.
- Marcus, B. (2011). Anforderungsanalyse. In B. Marcus (Hrsg.), *Personalpsychologie* (S. 11–28). Wiesbaden: Springer.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A. & Lowell, L. (1976). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- McDonald, P.K. (2012). Workplace sexual harassment 30 years on: a review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 14, 1–17.
- Mezerai, M., Dahane, A. & Tachon, J.P. (2006). Dépression dans le milieu du travail. *Presse Med*, 35, 823–830.
- Mohr, G. (2010). Erwerbslosigkeit. In: U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Band 1 Arbeitspsychologie* (S. 471–519). Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, G. & Otto, K. (2011). Health effects of unemployment and job insecurity. In: A.S. Antoniou & C. Cooper, (Eds.), *New directions in organizational psychology and behavioral medicine* (p. 289–311). Surrey, UK: Gower Publishing.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). *Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen*. Göttingen: Hogrefe.

- Morgan, W.B., Walker, S.S., Hebl, M. & King, E.B. (2013). A field experiment: Reducing interpersonal discrimination toward pregnant job applicants. *Journal of Applied Psychology*, 98, 799–809.
- Muschalla, B. (2008). *Workplace-related Anxieties and Workplace Phobia. A Concept of Domain-specific Mental Disorders*. Dissertation. Universität Potsdam, Department Psychologie.
- Muschalla, B., Heldmann, M. & Fay, D. (2013). The significance of job-anxiety in a working population. *Occupational Medicine*, 63, 415–421.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2008). Die Arbeitsplatzphobieskala. Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation. *Ärztliche Psychotherapie*, 3, 258–262.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2009). Workplace Phobia – A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 591–605.
- Muschalla, B., Linden, M. & Olbrich, D. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety – A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 366–371.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2011). Die Arbeitsplatzphobieskala – Ein Screeninginstrument in der psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 93, 80–81.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2012). Specific job-anxiety in comparison to general psychosomatic symptoms at admission, discharge and six months after psychosomatic inpatient treatment. *Psychopathology*, 45, 167–173.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2013a). Arbeitsplatzphobie bei Patienten in der Hausarztpraxis. *DRV-Schriften*, 101, 478–479.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2013b). *Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, therapeutische Ansätze und sozialmedizinische*

Aspekte. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

- Muschalla, B. & Linden, M. (2013c). Different workplace-related strains and different workplace-related anxieties in different professions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55, 978–982.
- Muschalla, B., Vilain, M., Lawall, C., Lewerenz, M. & Linden, M. (2012). Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of live. *Psychology, Health & Medicine*, 17, 95–104.
- Noordik, E., van der Klink, J.J., Gekus, R.B., de Boer, M.R., van Dijk, F.J., & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39, 144–154.
- Nakazawa, H., Ikeda, H., Yamashita, T., Hara, I., Kumai, Y., Endo, G. & Endo, Y. (2005). A case of sick building syndrome in a Japanese office worker. *Industrial Health*, 43, 341–345.
- Nash-Wright, J. (2011). Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. *Professional Case Management*, 16, 55–59.
- Nicholson, P.J. & Vincenti, G.E. (1994). A case of phobic anxiety related to the inability to smell cyanide. *Occupational Medicine*, 44, 107–108.
- Oppolzer, A. (2010). Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 13–22). Berlin: Springer.
- Panse, W. & Stegmann, W. (2007). *Angst – Macht – Erfolg. Erkennen Sie die Macht der konstruktiven Angst*. München: Volk Verlag.

- Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264–282.
- Payne, R. L., Fineman, S. & Jackson, P. R. (1982). An interactionist approach to measuring anxiety at work. *Journal of Occupational Psychology*, 55, 13–25.
- Perlow, L. & Williams, S. (2003). Is silence killing your company? *Harvard Business Review*, 81, 52–58, 128.
- Price, J.L., Monson, C.M., Callahan, K. & Rodriguez, B.F. (2006). The role of emotional functioning in military-related PTSD and its treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 661–674.
- Rau, R. & Henkel, D. (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. Review der Datenlage. *Der Nervenarzt*, 84, 791–798.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E. & Tell, G.S. (2005). Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. *Occupational Medicine*, 55, 463–473.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, C. & Bühler, K.E. (1999). *Skala zur Erfassung von Arbeitsbezogenheit*. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32, 515–527.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. Englewood Cliffs: Prentice Hall NJ.
- Smith, M. E. (2009). Work Phobia and sickness leave certificates. *African Journal of Psychiatry*, 12, 249–252.

- Smith, M.J., Conway, F.T. & Karsh, B.T. (1999). Occupational Stress in human computer interaction. *Industrial Health*, 37, 157–173.
- Spielberger, C.D., Laux, L., Glanzmann, P. & Schaffner, P. (1981). *Das State-Trait-Angst-Inventar*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.
- Spera, S.P., Buhrfeind, E.D. & Pennebaker, J.W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *The Academy of Management Journal*, 37, 722–733.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28, 28–36.
- Strazdins, L., D'Souza, R.M., Lim, L.L., Broom, D.H. & Rodgers, B. (2004). Job strain, job insecurity, and health: rethinking the relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 296–305.
- Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M. (2007). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Techniker Krankenkasse. (2012). *Gesundheitsreport 2012. Band 27 Teil 1: Arbeitsunfähigkeiten*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Tepper, B.J. (2007). Abusive Supervision in Work Organizations: Review, Synthesis and Research Agenda. *Journal of Management*, 33, 261–289.
- Thomas, M. & Hynes, C. (2007). The darker side of groups. *Journal of Nursing Management*, 15, 375–385.
- WHO World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). Geneva: World Health Organization.
- WidO Wissenschaftliches Institut der AOK. (2011). *Pressemitteilung Fehlzeitenreport 2011*. Online. Zugriff am 20.03.2013 <http://www.aok->

bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2011/pm_wido_2011-16-08_fzr2011_v02_final.pdf

- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Yalom, I.D. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zielke, M. (2001). Entwicklung und Begründung eines Analysemodells des Arbeits- und Leistungsprozesses (AMALPROZESS). In M. Zielke, H. von Keyserlingk & W. Hackhausen (Hrsg.), *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation* (S. 629–667). Berlin: Pabst Science Publishers.

Tabelle 1.

Differentialdiagnostik von arbeitsbezogenen Ängsten (in gekürzter Form zitiert nach Muschalla & Linden, 2013b)

Stimulusbezogene phobische Ängste bei der Arbeit und Vermeidungsverhalten

Diese Kategorie umfasst konkrete Ängste vor einem definierten Ort, einer bestimmten Aufgabe oder bestimmten Situationen bei der Arbeit. Im Sinne einer phobischen Reaktion kommt es zu Anspannung, Angst oder sogar Panik bei Vorstellung oder Annäherung, und zu Entspannung und Beruhigung bei Abwendung und Vermeidung dieser speziellen Situation. Derartige Angstauslöser können alle möglichen speziellen Arbeitssituationen sein wie bspw. ein Computerarbeitsplatz oder ein Gerüst, spezielle Arbeitsaufgaben, Arbeitszeiten, Arbeitsorte oder Arbeitsumgebungen, wie z.B. Nachtschichten oder ein Einzelarbeitsplatz mit erhöhten Anforderungen an die Selbstverantwortung. Es kann zur Vermeidung dieser speziellen Arbeitssituationen und -orte kommen oder, wenn eine spezifische Vermeidung nicht möglich ist auch zur „Krankschreibung“ bei Antizipation dieser spezifischen Arbeitsprobleme. Derartige phobische Ängste sind oft gelernte Ängste, die in ihrer Entstehung ereignisbezogen sind (z.B. Angst nach Begehen eines folgenreichen Fehlers mit dem neuen Computerprogramm).

Soziale Ängste am Arbeitsplatz

Soziale Ängste beziehen sich auf Kontakte mit Kollegen oder Vorgesetzten oder auch Dritten wie Kunden oder Patienten. Sie kommen entweder im Rahmen einer angeborenen sozialen Unsicherheit vor, die sich als Blickphobie äußern kann, oder als erworbene Unsicherheit bei mangelnder sozialer Kompetenz und negativen Reaktionen Anderer auf das eigene Verhalten. Soziale Ängste sind in der Interaktion gekennzeichnet durch ein übermäßig unsicher unbeholfen schüchtern wirkendes, oder aber im Gegensatz auch aggressives Verhalten Anderen gegenüber. Betroffene mit sozialen Ängsten haben Probleme, sich in soziale Situationen bei der Arbeit einzubringen, ihre Position zu behaupten oder sich den Bewertungen Anderer auszusetzen, z.B. in Konferenzen und Teamsitzungen, aber auch in der Teeküche oder beim gemeinsamen Mittagessen in der Kantine.

Gesundheits- und körperbezogene Ängste bei der Arbeit

Unter diesem Leitsymptom werden alle Formen hypochondrischer Befürchtungen zusammengefasst, d.h. eine verstärkte Besorgnis um die eigene körperliche Unversehrtheit. Im Zusammenhang mit der Arbeit beinhaltet das die Überzeugung, dass die Arbeit gesundheitsschädlich ist (z.B. der Druckertoner im Büro) oder die Arbeitsbedingungen (z.B. Geräuschkulisse im Großraumbüro) krank machen, oder dass sich durch die Arbeit bestehende eigene Krankheiten weiter verschlechtern (z.B. die Idee, dass ein Rückenleiden durch die Arbeit verstärkt wird, oder dass Arbeitsstress zu einem erneuten Herzinfarkt führt). Die Betroffenen beobachten ihren Körper verstärkt auf Symptome hin wie beispielsweise beschleunigten Herzschlag oder leichte Missempfindungen in verschiedenen Körperteilen. Die Folge kann ein unangemessenes Schonverhalten sein, oder eine fehlerhafte Arbeitsweise oder das Vermeiden bestimmter Arbeiten oder Arbeitsorte, von denen der Beteiligte glaubt, dass sie Gesundheitsgefährdung bedeuten.

Insuffizienzängste bezüglich der Arbeit

Das Leitsymptom Insuffizienzängste beschreibt Ängste, unzureichend qualifiziert zu sein, schnell überfordert zu sein, nicht genügend Wissen oder Fähigkeiten für die Aufgabenerledigung zu haben und daraus folgend Fehler zu begehen. Dazu gehören auch Veränderungsängste im Sinne von Angst vor der Übernahme neuer Aufgaben, oder dem Erwerb neuer Fertigkeiten, die bei strukturellen, personalen oder technischen Veränderungen im Betrieb notwendig sind. Menschen mit solchen Ängsten reagieren mit Anspannung, wirken fähig, im Affekt auch teilweise hilflos oder hilfesuchend.

Arbeitsbezogene Generalisierte Sorgenängste

Dies ist eine Art von Angst, die sich hauptsächlich im Kopf abspielt. Es handelt sich um ein relativ konstantes Denkmuster mit Tendenz zu generalisierten Befürchtungen und ständiger Besorgtheit um alltägliche Kleinigkeiten bei der Arbeit. Dies äußert sich durch eine ständige sorgenvolle Beschäftigung mit

Arbeitsproblemen auch in der Freizeit, bis hin zur Einschränkung anderer alltäglicher Verrichtungen durch die Besorgnis über Arbeitsangelegenheiten. Die Betroffenen sehen überall Gefahren und potenzielle Probleme, die sie durch besonderen Einsatz abwenden möchten. Dazu gehören Sorgen, am Computer etwas falsch machen zu können, bestimmte Aufgaben nicht korrekt zu erledigen, oder auch Existenzängste mit Befürchtungen den Arbeitsplatz zu verlieren. Menschen mit ausgeprägten generalisierten Sorgenängsten sind häufig übergewissenhaft in der Erledigung ihrer Arbeit und sind über die aktuellen offiziellen Vorgänge im Betrieb genauestens informiert. Sie bekommen von Kollegen schon einmal gesagt, dass sie sich manchmal zu viele Gedanken machen, oder aber sie werden auch von Kollegen angesprochen, um Arbeiten zu kontrollieren oder Auskünfte zu geben. Die Familie reagiert verärgert, weil die Betroffenen zu Hause nicht abschalten können, den Feierabend nicht genießen können, weil sie über eine noch unabgeschlossene Arbeitssache nachdenken, oder sich nicht trauen Urlaub zu nehmen oder sich im Krankheitsfall einmal krankschreiben zu lassen, weil das unangenehme Gefühl der Ungewissheit, das sie während ihrer Abwesenheit aushalten müssten, zu stark ist.

Arbeitsplatzphobie

Ein Sonderproblem unter den arbeitsbezogenen Ängsten ist die Arbeitsplatzphobie. Entsprechend der allgemeinen Definition von Phobien (WHO, 1992) liegt eine Arbeitsplatzphobie dann vor, wenn die Annäherung oder allein der Gedanke an den konkreten aktuellen oder einen vormaligen Arbeitsplatz zu einer physiologischen und kognitiven Angstreaktion und einem Vermeidungsverhalten bezüglich der Arbeitsstelle führen. In der Konsequenz kommt es regelhaft zur (Langzeit-)Arbeitsunfähigkeit (Smith, 2009), die wiederum eine negative Verstärkungswirkung auf die Angst hat (Skinner, 1969). Häufig kommt es auch zu einer Generalisierung des Vermeidungsverhaltens, wie z.B. die Vermeidung der Straße, in welcher der Betrieb liegt, Vermeidung von Ereignissen, bei denen man Kollegen begegnen könnte, oder sogar Angst-Arousal, wenn nur das Gespräch auf die Arbeit kommt (Haines, Williams & Carson, 2002).