



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Berufsbezogene Therapiegruppe (BTG)

Therapiekonzept



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion und Textverarbeitung:

Dr. phil. Lothar Schattenburg, Burkhard Bingel,
Dr. med. Dagmar Stelz, Prof. Dr. med. Martin Siepmann

Gestaltung und Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG,
Am Angertor 11, 97618 Wülfershausen
im November 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Konzept der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG)

HINTERGRUND UND BEDARF

Psychische Belastungen und psychische Störungen am Arbeitsplatz finden zunehmende Aufmerksamkeit (Angerer et al., 2014).

Jeder kennt aus den Nachrichten, dass die Zahl der Krankschreibungen und der Anteil an Frühberentungen wegen psychischer Ursachen seit den 1990er Jahren rasant zunimmt.

Im Jahr 2012 veröffentlichte das Bundesarbeitsministerium: Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Krankheiten stieg von 33,6 Millionen in 2001 auf 53,5 Millionen im Jahr 2010. 2014 verursachten psychische Störungen knapp 17 Prozent aller Fehltage, wobei Frauen nahezu doppelt so häufig betroffen waren im Vergleich zu Männern (DAK Report 2015). Trotzdem gibt es auch bei Männern einen tendenziellen Anstieg an Fehltagen. Erschwerend kommt hinzu, dass Krankschreibungen aus psychischen Gründen mit durchschnittlich 37 Tagen am längsten dauern. Im Vergleich dauert eine Krankschreibung durchschnittlich 13 Kalendertage.

2011 war in Statistiken der Barmer GEK aufgefallen, dass die Zahl der wegen psychischer Störungen im Krankenhaus behandelten Versicherten zwischen 1990 und 2010 um 130 Prozent angestiegen ist. Als eine Ursache für diese Entwicklung wird die Verdichtung von Arbeitsprozessen diskutiert, die u. a. aufgrund der rasch globalisierenden Wirtschaftswelt und

dem daraus folgenden Druck zu stetiger Effizienzsteigerung erwächst (Zipfel 2014). Ferner ist die Diskussion um das Schlagwort Burn-Out in aller Munde. In den Wissenschaften der Medizin, Klinischen Psychologie und der medizinischen Soziologie wird kontrovers diskutiert, ob die Arbeitswelt sich „wirklich“ verändert habe oder ob die Menschen einfach sensibler geworden seien oder sich vermehrt krankschreiben lassen.

Eine Hypothese ist, dass auch die Ärzte heute vermehrt krankschreiben würden, weil die Psychosomatik mehr in den Mittelpunkt gerückt und gesellschaftsfähig geworden sei. Ferner wird kontrovers diskutiert, ob es sich beim Burn-Out nur um eine Modediagnose handeln würde und ob diese Diagnose sogar ein „Ritterschlag“ sei für ein sehr engagiertes Arbeitsverhalten. Sozusagen ein „Lob“. Für einige Ärzte und Psychologen gibt es auch kein Burn-Out, sondern die Diagnose einer Depression sei vorzuziehen.

Berechtigt ist die Frage, ob psychische Erkrankungen wirklich zunehmen. Vermutlich wurden in der Vergangenheit arbeitsbedingte Fehlzeiten auf somatische Erkrankungen zurückgeführt, obwohl eigentlich psychische Probleme ursächlich gewesen sein könnten. Früher hätte man mehr Rückenprobleme diagnostiziert als ein Burn-Out oder eine

Depression. Diese Diskussionen sind einerseits wichtig, andererseits aber auch müßig. Denn wie auch immer diese Fragen wissenschaftlich beantwortet werden mögen: Heute haben wir es mit einer sehr bedeutsamen Zahl von Menschen zu tun, die unter der Arbeitswelt leiden und an ihr erkranken. Dass diese hohe Zahl der Krankschreibungen und Frühberentungen aus psychischen Ursachen neben dem persönlichen Leiden auch eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung hat, liegt auf der Hand.

Zu den Ursachen einer veränderten Arbeitswelt: **2012** veröffentlichte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) den **Stressreport Deutschland**. Dieser Stressreport berichtet über die psychischen Anforderungen in der Arbeitswelt. Die Daten wurden mittels einer telefonischen, computerunterstützten Befragung durch TNS Infratest Sozialforschung bei rund 20.000 Erwerbstätigen in Deutschland zwischen 10/2011 und 3/2012 erhoben. In dem Stressreport werden die Ergebnisse dargestellt, die den Stress auf

der Arbeit bedingen: Termin- und Leistungsdruck, Führung, Multitasking, Restrukturierung usw. Diese Faktoren haben, wenn sie nicht abgepuffert werden, unmittelbare ungünstige Folgen auf Präsentismus, innere Emigration und vor allem auf Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dieser Stressreport fordert: Ein achtsamer Umgang mit Führung ist nötig. Erholung muss wieder stärker in den Blick genommen werden. Restrukturierungen müssen besser begleitet werden.

Ferner spielt die **Prävention** eine große Rolle. Für diese Prävention ist die Entwicklung gruppenspezifischer Anforderungs- und Ressourcenprofile von hoher Bedeutung. Natürlich gibt es keine Arbeit ohne psychische Anforderungen. Aber aus der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie ist heute gut bekannt, wie man die **psychische Gesundheit in der Arbeitswelt** fördern kann, indem man die psychologischen Kompetenzen auf den Ebenen der Führung und der Mitarbeiter konstruktiv unterstützt.

INHALTE DER BERUFS- BEZOGENEN THERAPIEGRUPPE

In der psychosomatischen Klinik Bad Neustadt besteht seit über 15 Jahren eine **berufsbezogene Therapiegruppe (BTG)**. Diese Gruppe wurde eingehend beforscht, die Konzepte auf Kongressen und in der Öffentlichkeit breit dargestellt. Fallberichte wurden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Für eine Übersicht unserer Aktivitäten sei verwiesen auf unseren Forschungsbericht 2015 der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, der über die Klinik angefordert werden kann. Im Folgenden werden die Inhalte dieser **indikativen Gruppe** vorgestellt. Es besteht oft die Vorstellung, dass es bei einer derartigen Gruppe in erster Linie um Mobbing oder um Burn-Out gehe. Dies ist nicht der Fall. Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit steht im Fokus, wobei Mobbing oder Burn-Out nur Teilaspekte darstellen.

- Empathisches Auffangen der Belastungen der Patienten
- Mangelnde Wahrnehmung von Überforderungssignalen

- Bilanzierung: positive und negative Erfahrungen im Beruf
- Persönliche Vorstellungen und Ideale/individuelle Bedeutung der Arbeit
- Verbindungen zwischen berufsbezogenen Problemen und psychosomatischen Beschwerden
- Mobbing
- Burn-Out
- Konflikte mit Kollegen/Vorgesetzten
- Selbstwerterleben im Beruf
- Versagensgefühle und Opferrolle
- Mangelnder Zugang zu den eigenen Ressourcen
- Infantile Erwartungen an die Berufswelt
- Ungünstige Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus
- Krisen bei Leistungsverlust oder Kränkungen
- Leistungsfähigkeit und Altern
- Umgang mit Umstrukturierungen
- Prävention
- usw.

INTERVENTIONEN UND DURCHFÜHRUNG

Interventionen

Die Gruppe ist **integrativ orientiert**: Es kommen tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Interventionen zum Tragen (ausführlich in unserem Forschungsbericht 2015, S. 22). Es sei betont, dass die folgenden Interventionen einen ersten Überblick geben. Sie müssen natürlich an die Symptomatik und das Strukturniveau des Patienten und an den Gruppenprozess angepasst werden, was eine entsprechende Modifikation beinhalten könnte. Grundsätzlich aber kann der Ablauf der Interventionen folgendermaßen beschrieben werden:

1. Es wird freiwillig ein Protagonist ausgesucht, der seine Thematik vorstellt.
2. Fragerunde durch die Mitpatienten. Der Gruppenleiter/die Gruppenleiterin spricht die Mitpatienten direkt mit Namen an und stimuliert die Fragerunde. Schweigen wird begrenzt.
3. Spiegelung des Protagonisten durch die Mitpatienten. Die Mitpatienten werden stimuliert zu spiegeln, wie der Patient wirkt und welche Gefühle er auslöst (Prinzip Antwort nach dem Göttinger Modell).
4. Übung zur Selbst- und Fremdwahrnehmung in Bezug auf den Selbstwert oder zur Frage, in welchem Ausmaß das Selbstwertgefühl an die Arbeit gekoppelt wird.
5. Der Protagonist wird nun angeregt, zu dieser Spiegelung Stellung zu nehmen. Diese Spiegelung wird therapeutisch

reflektiert auch unter Berücksichtigung des Gruppenprozesses und anderer therapeutischer Gruppen, in denen der Patient ein bestimmtes Verhalten zeigt. Hier können auch dosierte Deutungen sinnvoll sein.

6. Fragerunde durch den Protagonisten. Anregungen für praktisches Handeln.
7. Zusammenfassung der Stunde: Fokusformulierung für die weitere therapeutische Arbeit.

Testpsychologische Unterstützung für die Interventionen: Unser psychologisches Testlabor verfügt über den Test AVEM von Schaarschmidt und Fischer (1996), mit dem ein ungünstiges Erlebens- und Verhaltensmuster im Beruf diagnostiziert werden kann. Diese Ergebnisse fließen dann in unsere Interventionen ein.

Durchführung

Diese Gruppe findet in unserer Klinik zweimal die Woche statt (à 50 Minuten) mit maximal 12 Patienten. Mindestens 4 Mal sollen die Patienten teilnehmen, höchstens 8 Mal. Es handelt sich um eine **halb-offene Gruppe**, d. h. Patienten kommen immer wieder neu in die Gruppe, wenn Plätze frei werden. Die Zuweisung verläuft über die Bezugstherapeuten bei Aufnahme oder nach Gesprächen auf Visite.

FALLBEISPIELE UND LITERATUR

Im Folgenden werden 4 Fallbeispiele aus der berufsbezogenen Therapiegruppe dargestellt. Sie wurden erstmals veröffentlicht bei Schattenburg (2016). Es sei betont, dass die Daten der Patienten so verändert wurden, dass diese nicht zu identifizieren sind. Im Vordergrund der Fallbeispiele steht die Darstellung der Interventionen:

Fallbeispiel 1:

Herr A., Mitte 30, 2 Kinder, arbeitet als Angestellter in einer Versicherung. Symptomatik: depressive Verstimmungen und Tinnitus.

Auslösesituation: Er fühlt sich seit einem Jahr von seinen Kollegen „gemobbt“, und zwar dergestalt, dass er nicht mehr eingeladen wird, keine entsprechenden Informationen bekommt, sich von den Kollegen abgewertet fühlt. Herr A. spaltet sein Team, er sieht nur „unfähige“ und nur „fähige“ Kollegen. Mit ihm wurde zunächst tiefenpsychologisch gearbeitet. Der Leiter der Gruppe lenkte die Aufmerksamkeit auf den Abwehrmechanismus der Spaltung. Dadurch gelang es dem Patienten in der Gruppe, zumindest erst einmal seine Mobbingssituation besser verstehen zu können. Ihm wurde von den Gruppenmitgliedern gespiegelt, dass er seine Kollegen zu undifferenziert wahrnehmen würde, dass diese Wahrnehmung sein Verhalten ungünstig beeinflussen würde und er dadurch bei den Kollegen in Ungnade gefallen sei. Die Projektion seiner Minderwertigkeitsgefühle auf die unfähigen Kollegen konnte gedeutet werden. So habe der Patient, dies konnte langsam erarbeitet werden, seine Kollegen nach dem Wochenende arrogant abgewertet, wenn diese davon berichteten, dass sie „Soaps“ im Fernsehen ganz toll gefunden hätten. Diese Kollegen seien für ihn nur unfähig. Hingegen seien jene Kollegen, die sich mit Literatur beschäftigen würden, nur fähige Kollegen.

Nachdem der Patient eingesehen hatte, dass er sich mit diesem Blickwinkel keine Freunde schaffen würde, wurde mit ihm ein verhaltenstherapeutisches Rollenspiel durchgeführt, wie er mit den „unfähigen“ Kollegen sozial kompetenter umgehen könne. Mit diesem verhaltenstherapeutisch orientierten Rollenspiel sollte i. S. des OPD mit dem Patienten strukturbedogen gearbeitet werden zur Verbesserung der Selbst- und Objektwahrnehmung und der Selbstregulierung.

Fallbeispiel 2:

Frau B., Anfang 40, arbeitet in einem Gymnasium als Lehrerin. Verheiratet, 1 Kind, außer Haus. Symptomatik: Depressive Verstimmungen, Angst, ihren Job zu verlieren. **Auslöser:** Seit ein paar Jahren versuche der Schuldirektor, die Patientin loszuwerden. Dies versuche er dadurch, dass er die Patientin bei Sitzungen provoziere, sie bloßzustellen versuche mit dem Ziel, dass die Patientin dann ihre Contenance verlöre und sich dann „selbst bis in die Knochen blamieren und sich schämen würde“ – so die Schilderung der Patientin. Dann hätte der Direktor freie Hand gehabt, die Patientin loszuwerden. Die Patientin, wurde sie vom Direktor provoziert, wurde dann nach ihrem Empfinden rot, fühlte sich „total minderwertig“, wurde laut und verließ auch schon einmal weinend den Sitzungsraum. In der Gruppentherapie wurde der Patientin ihre Hilflosigkeit gespiegelt und auch eigene Anteile der Schwäche und Labilität, die der Direktor „riechen würde“. Mit dieser Patientin wurde nun in der Gruppentherapie konsequent „nur“ ressourcenorientiert gearbeitet, nicht konfliktbezogen i. S. der OPD, sondern strukturbedogen an der Selbstregulierung mit den Unterthemen: Impulssteuerung, Affekttoleranz und Selbstwertregulierung. Die Patientin wurde mit der Imaginationsübung:

„Sich-Schützen mit einer Hülle“ vertraut gemacht. Vor dieser Imaginationsübung kam bei der Patientin AT zum Einsatz. Die Übung dauerte 30 Minuten und wurde mit der Patientin dreimal in der Gruppe durchgeführt. Die Patientin wurde motiviert zu imaginieren, in einer Hülle zu sitzen während der Sitzungen und die Provokationen des Chefs an sich abprallen zu lassen. In der 4. Stunde wurde ein Rollenspiel durchgeführt dergestalt, dass die Gruppe das Team bildete und ein Gruppenmitglied den Chef gab, der die Patientin unter Druck setzte. Das Rollenspiel konnte flüssig durchgeführt werden. Nach ein paar Monaten berichtete die Patientin, dass sie diese Übung erfolgreich umsetzen konnte in ihrer Schule. Man kann nun theoretisch spekulieren, welche Effekte man erzielt haben könnte, wenn man z. B. konsequent eine Objekt-Beziehungs-Dyade fokussiert hätte: hier eine hilflose Patientin – dort ein sadistischer Chef. Eine Dyade, die sich auch umgekehrt hätte: hier eine kontrollierende Patientin – dort ein hilfloser Chef. Diese zwei Objekt-Beziehungs-Dyaden haben schnell fluktuiert und sich gegenseitig hochgeschaukelt.

Fallbeispiel 3:

Herr C., Mitte 50, im Verlagswesen tätig in leitender Position in Süddeutschland. Verheiratet, 2 erwachsene Kinder. Diagnose: Rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, Tinnitus. Der Patient war sehr erfolgreich in seinem Beruf, mit seinem neuen Kollegen verstand er sich zunächst einmal sehr gut.

Auslösesituation: Ein Kollege ging in Pension, ein anderer Kollege kam. Hierarchisch waren beide gleichgestellt. Nun waren der Patient und der neue Kollege oft gemeinsam auf Empfängen und in Sitzungen eingeladen. Traten die beiden zusammen auf, so stand der Patient aufgrund seiner Beliebtheit und seiner

langen Berufserfahrung sofort im Mittelpunkt des Geschehens, seine narzisstische Ader speiste seine Aura. Der neue Kollege musste sich erst einmal einarbeiten. Nach ein paar Wochen verdüsterte sich die Stimmung deutlich zwischen dem Patienten und seinem neuen Kollegen zusehends, nachdem die Beziehung zwischen den beiden zunächst einmal zu Beginn gut war. Der Patient hatte nun überhaupt keinen Zugang zur Konfliktsituation. Er stellte seine Situation in der Gruppe vor, die Gruppenmitglieder spiegelten dem Patienten zunächst einmal, dass er seinen Kollegen übergehen würde, kein Gefühl dafür hätte, dass er ihm „die Schau stehlen“ würde. Es wurden mit dem Patienten Mentalisierungsübungen durchgeführt dergestalt, dass er sich in seinen Kollegen einfühlen sollte. Unterstützt wurde er auch dadurch, dass die Mitpatienten ihm spiegelten, wie sie sich an der Stelle seines Kollegen fühlen würden. Eine Technik, die auch in der psychoanalytisch-interaktionalen Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell angewandt wird. Man hätte an dieser Stelle auch eine Stuhlarbeit machen können. Auf einem Stuhl sitzt der Kollege, vom Patienten gespielt, und sagt dem Patienten auf einem anderen Stuhl, wie er ihn erlebt. Aus Zeitgründen wurde darauf verzichtet. Der Patient konnte seine Mentalisierung gegenüber seinem Kollegen deutlich verbessern, Verhaltensänderung wurde mit ihm in einem Rollenspiel eingeübt. Die Gruppenmitglieder spielten die Gäste auf einem Empfang, ein Gruppenmitglied den Kollegen. Der Patient musste nun üben, wie er auf seinen neuen Kollegen besser Rücksicht nehmen konnte.

Fallbeispiel 4:

Frau D., Anfang 30, unverheiratet, keine Kinder. Arbeitet als Vertriebsmanagerin im europäischen Raum, vor allem mit Polen. Diagnose:

Panikattacken. **Auslöser:** Die Patientin wurde befördert vor 2 Jahren und konnte relativ rasch nach der Beförderung keine Vorträge mehr halten ohne Panikattacken. Vorher war sie erfolgreich in ihrem Berufsleben. Sie konnte sich diese Panikattacken überhaupt nicht erklären. In der Gruppentherapie wurde zunächst verhaltenstherapeutisch (Bedingungsanalyse) und dann tiefenpsychologisch gearbeitet an ihrem unbewussten Schuldkonflikt im passiven Modus (OPD), der sich im Rahmen einer 6-wöchigen Behandlung in der Klinik herauskristallisierte. Die Bedingungsanalyse ergab, dass sie vor allem durch die Panikattacken vor Erfolgssituationen „geschützt“ wurde. Sie vermied schlichtweg Erfolgssituationen dadurch, dass sie keine Vorträge mehr hielt – was ihr natürlich im Berufsleben Probleme einbrachte. Zu den dynamischen Hintergründen dieses Vermeidungsverhaltens hatte die Patientin keinen Zugang. In der Gruppentherapie konnten langsam biografische Einflüsse erarbeitet werden. Vor allem die Beziehung zum Vater gab den Schlüssel zur Psychodynamik. Sie hatte den Vater, den sie liebte und mit dem sie eine sehr gute Beziehung hatte, beruflich deutlich überholt. Ihr Vater hatte auch durch eine schwere Krankheit einen starken beruflichen Einbruch zu verarbeiten, wurde mit Ende 50 voll berentet. Auf dieses berufliche Überholen reagierte die Patientin mit unbewussten Schuldgefühlen, die in den Panikattacken „verpackt“ waren. Der Wirkfaktor in der Gruppentherapie bestand nun darin, dass die Mitpatienten die Protagonistin von ihren Schuldgefühlen „freisprachen“, ihr signalisierten: „Sie dürfe den Vater beruflich überholen, was aber keine Abwertung des Vaters bedeuten würde.“ Durch diese Spiegelung in der Gruppe konnte die Patientin ihr rigides Über-Ich aufweichen und Erfolgserlebnisse für sich emotional und kognitiv neu verbuchen.

Literatur

- Angerer P, Glaser J, Gündel H, et al. (Hrsg.). (2014). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Ecomed Medizin, Heidelberg.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund.
- DAK Gesundheit (Hrsg.). (2015). Psychoreport 2015, Hamburg.
- Forschungsbericht 2015. Schriftenreihe XXI. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Über die Klinikadresse bestellbar.
- Schaarschmidt U., Fischer A. W. (1996). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Frankfurt/M. Swets Test Services.
- Schattenburg L. (2016). Theorietreue und Variationen. Erfahrungsbericht über integrativ fundierte Interventionen in der stationären Gruppenpsychotherapie. Psychotherapeut, 61, Issue 5, 393-398.
- Zipfel S. Geleitwort des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, et al. (Hrsg.). (2014). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Ecomed Medizin, Heidelberg.



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 01
Fax 09771 65 98 93 01
psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT