

# Mobbing am Arbeitsplatz

## Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie

- ▶ **Veränderungen im Erwerbsleben**
- ▶ **Angst am oder um den Arbeitsplatz**

Ausgelöst durch Heinz Leymann, der auf populärwissenschaftliche Weise auf das Phänomen von Schikanen am Arbeitsplatz hingewiesen hat, wird das Thema Mobbing seit etwa 8 Jahren in der Öffentlichkeit diskutiert.

- ▶ **Gefahr der einseitigen externen Attribution**

### Problemstellung

Das Erwerbsleben stellt neben Familie und Freizeit eine wichtige Säule der Lebensgestaltung für die meisten Menschen dar. In diesem Bereich sind in den letzten Jahren ▶ **Veränderungen** zu beobachten, die mit Befindensbeeinträchtigungen oder gar mit der Entwicklung von Krankheit in Zusammenhang stehen. ▶ **Angst am oder um den Arbeitsplatz**, wachsende Anforderungen an die Qualifikation, Einbeziehung neuer Technologien, Stressbelastungen, Flexibilisierung, Rationalisierung sind für arbeitende Menschen Realität geworden, der einige sich nicht gewachsen fühlen.

Zielke (1998, 2000) vertritt die These, dass es eindeutige Zusammenhänge zwischen spezifischen Erlebensaspekten und Anforderungssituationen der Arbeit und spezifischen psychischen, psychosomatischen und somatischen Erkrankungen gibt. Hier steht v. a. die am Arbeitsplatz erlebte Angst und auch die Angst um den Arbeitsplatz in Beziehung zu zahlreichen Störungen und zu fast allen psychovegetativen Beschwerdebildern. In diesem Zusammenhang wird seit etwa 8 Jahren das Thema Mobbing in der Öffentlichkeit diskutiert, ausgelöst durch Heinz Leymann (1993), der auf populärwissenschaftliche Weise auf das Phänomen von Schikanen am Arbeitsplatz hingewiesen hat.

Die Betroffenen sehen sich am Arbeitsplatz als Opfer von Machenschaften anderer, fühlen sich Schikanen hilflos ausgeliefert und sehen darin die Ursache für die im Zusammenhang mit der Arbeit auftretenden Beschwerden bzw. Krankheitssymptome, die häufig auch Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung sind. Sie haben durch den Begriff Mobbing eine Möglichkeit, ihre Symptome oder Beschwerden zu etikettieren und auszudrücken.

Nicht zuletzt die Neigung zu einer vorschnellen externen ▶ **Attribution** auch individueller Defizite macht den Begriff Mobbing unter Psychotherapeuten umstritten, zumal er bisweilen inflationär und wenig differenziert gebraucht wird.

### Das Mobbingkonzept

#### Definition

Der Begriff Mobbing leitet sich von dem englischen Verb *to mob* ab, was soviel wie herfallen über, sich stürzen auf, anpöbeln bedeutet. Mobbing beschreibt kurzgefasst den Prozess, Mitarbeiter zu schikanieren.

Zapf gibt einen hervorragenden Überblick über das Problem Mobbing, er legt in Anlehnung v. a. an Leymann (1996) und Niedl (1995) eine eher enge Definition über Mobbing vor:

---

Dipl.-Psych. J. Schwickerath  
Leitender Psychologe, Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, Klinik Berus,  
Orannastraße 55, 66802 Überherrn-Berus  
E-Mail: jschwick@ahg.de

Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muß dies häufig und wiederholt auftreten (mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr).

### ► Depression und Obsession als Hauptsymptome

► Prävalenzrate von 1,2–3,5%

„Mobbing beinhaltet, daß jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muß dies häufig und wiederholt auftreten (mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens ein halbes Jahr). Es handelt sich nicht um Mobbing bei einmaligen Vorfällen. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei etwa gleich starke Parteien in Konflikt geraten“ (Zapf 1999).

Zapf folgert weiter, dass diese Definition eine mehr oder weniger aktive Rolle des Opfers nicht ausschließt.

Mobbing wird von den meisten Forschergruppen als Teil eines stresstheoretischen Konzepts verstanden, obwohl nur wenige Untersuchungen vorhanden sind, die sich ausdrücklich mit Mobbingkonflikten am Arbeitsplatz beschäftigen. Knorz und Zapf (1996) sehen Mobbing als eine extreme Form sozialer Stressoren. Einen vertiefenden Überblick zu Mobbing mit Blick auf die systemischen Bedingungen und Folgen bietet auch Neuberger (1999). Ob es sich allerdings um ein neues Phänomen handelt, mag man bestreiten.

### Gesundheitliche Auswirkungen von Mobbing

Fasst man die Untersuchungen zusammen, so lassen sich nach Zapf (1999, S. 19) folgende Symptome bzw. Beschwerden bei den Mobbingopfern feststellen: Angespanntheit, Nervosität, Kopfschmerzen, Schlafschwierigkeiten, ► **depressive Verstimmungen, obsessives Verhalten**, Angststörungen und PTSD. Fischer und Riedesser (1998) beziehen sich nach Sichtung der Literatur v. a. auf die zwei folgenden Varianten: Extreme Depression und extreme Obsession. Gerade die im Zusammenhang mit der Obsession auftretende Tendenz, die eigene Mobbingssituation immer wieder zwanghaft zu erzählen, kann auch bei den Angehörigen im Laufe der Zeit zu Ablehnung führen. Das „Genervtsein“ der Zuhörer und die damit einhergehende Hilflosigkeit, nichts ändern zu können, kann für den Mobbingbetroffenen dazu führen, dass sich seine Depressivität noch verstärkt. Mobbingbetroffene reagieren nach Leymann (zitiert nach Resch 1994) „schon sehr früh“ mit klassischen Stresssymptomen: „Kopfschmerzen (51%), Rückenschmerzen (44%), Einschlafstörungen (41%), depressiv (41%), schnell reizbar (41%), Nackenschmerzen (36%), Konzentrationsmängel (35%)“.

Leymann (1996) beschreibt das Erkrankungsbild in Abhängigkeit von der Dauer der Mobbinghandlungen, wobei er von Unwohlsein kurz nach Mobbingbeginn über posttraumatische Belastungsstörungen nach ca. einem halben Jahr bis hin zu chronischen Verläufen mit ggf. der ICD-Diagnose „Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen“ ausgeht. Niedl (1995) untersuchte Beschäftigte eines Krankenhauses und eines Forschungsinstituts. Auch hier zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der erlebten Häufigkeit von Mobbinghandlungen und der Stärke psychischer Befindensbeeinträchtigungen.

Bei den Hauptbehandlungsdiagnosen in der Klinik Berus zeigt sich, dass die überwiegende Anzahl von Mobbingbetroffenen wegen einer depressiven Symptomatik aufgenommen wurden (Schwickerath u. Kneip 2001).

Zur Forderung Leymans (1996), dass man nach ca. einem halben Jahr „unter der Voraussetzung, dass eine Traumareaktion noch nicht abgeklungen ist“, von einer behandlungsbedürftigen posttraumatischen Belastungsstörung reden sollte, ist kritisch anzumerken, dass hier die grundsätzliche Frage bleibt, ob Arbeitsplatzkonflikte nach Mobbinghandlungen mit allen erdenklichen Varianten die Kriterien eines Ereignisses umfassen, das mit Tod oder ernsthafter Gefahr der körperlichen Unversehrtheit, wie es nach den Kriterien des DSM IV oder auch des ICD-10 gefordert wird, einhergeht.

Fischer und Riedesser (1998) sprechen im Rahmen der Psychotraumatologie im Zusammenhang mit Mobbing von einer kumulativen Traumatisierung.

Es gilt in jedem Einzelfall eine exakte Diagnose zu erstellen, da sich daraus spezifische therapeutische Implikationen ergeben.

### Auftreten von Mobbing

Nach Zapf (1999) liegen sehr unterschiedliche Untersuchungsergebnisse zum Auftreten von Mobbing vor, dabei zeichnet sich eine ► **Prävalenzrate von 1,2–3,5%** ab. Dies bleibt

### ► Überrepräsentation von Mobbingopfern im Gesundheits- und im Erziehungsbereich sowie in der öffentlichen Verwaltung

kritisch zu sehen, da sowohl die zugrunde liegende Definition als auch die Untersuchungsstrategien sehr unterschiedlich sind. Es werden z. B. Selbstaussagen der Opfer herangezogen, zu denen Zapf (1999) allerdings bemerkt: „Insgesamt gibt es doch nur wenig Anlaß anzunehmen, dass sich jemand ohne Grund als Mobbingopfer bezeichnet, und es ist eher zu erwarten, dass man seinen Opferstatus vertuscht.“ Zudem finden sich ausgewählte Stichproben, die für allgemeine Rückschlüsse auf das Vorkommen in der Bevölkerung nicht hinreichend sind. Was die Geschlechtsspezifität angeht, so zeigen die meisten Studien ein deutliches Übergewicht an Frauen. Dies kann mehrere Gründe haben, z. B. dass Frauen eher bereit sind, gesundheitliche Probleme zuzugeben und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es kann auch sein, dass Frauen stärker von Mobbing betroffen sind, weil sie in Branchen arbeiten, die anfälliger für Mobbing sind.

Die vorliegenden deutschen Studien nach Zapf (1999) zeigen, dass eine deutliche **Überrepräsentation von Mobbingopfern im Gesundheits- und im Erziehungsbereich sowie in der öffentlichen Verwaltung** vorliegt. So besteht z. B. im Gesundheitsbereich ein 7fach erhöhtes Risiko, im Erziehungs- und im Verwaltungsbereich ein 3- bis 4fach erhöhtes Risiko, Mobbingopfer zu werden. Überrepräsentiert ist auch das Kreditgewerbe. Unterdurchschnittlich vertreten sind die Bereiche Verkehr und Handel, Gaststätten, Baugewerbe, Energie und Wasser sowie die Landwirtschaft.

#### Unterschiedliche Mobbingstrategien

Zapf (1999) stellt fest, dass in den verschiedenen Studien unabhängig, ob theoriegeleitet, intuitiv oder empirisch gestützt übereinstimmend folgende Mobbingstrategien gefunden wurden:

- Mobbing über organisationale Maßnahmen, die schwerpunktmäßig die Arbeitsaufgaben und den *Entzug von Entscheidungskompetenzen* betreffen.
- *Soziale Isolierung*: Man spricht nicht mehr mit der betroffenen Person und lässt sich nicht mehr ansprechen. Man meidet die betroffene Person, grenzt sie aus.
- *Angriff* auf die Person und ihre Privatsphäre: Man macht die Person lächerlich und reißt Witze über sie und über ihr Privatleben.
- Verbale *Drohung* bzw. verbale Aggression: z. B. Anschreien, Kritisieren und Demütigen vor versammelter Mannschaft.
- Androhung oder Ausübung körperlicher *Gewalt*.

In den deutschsprachigen Studien wird die „*Gerüchteküche*“ als eine Mobbingstrategie am häufigsten zitiert (Knorz u. Zapf 1996).

#### Ursachen von Mobbing

Bei den Ursachen lassen sich im Wesentlichen drei Bereiche unterscheiden: Die Organisation oder die Gruppe, die Mobbingtäter, das Mobbingopfer.

#### Ursachen in der Organisation oder in der Gruppe

Es lassen sich hier aus den vorliegenden Studien nach Zapf (1999, S. 12) u. a. folgende Merkmale festhalten:

- Mobbingbetroffene haben deutlich schlechtere Einflussmöglichkeiten auf Dinge, die sie selbst betreffen und berichten von einem schlechteren Informationsfluss;
- eine allgemein schlechte Zusammenarbeit mit Kollegen, mangelnde gegenseitige Akzeptanz;
- ein höheres Maß an Rollenkonflikten unter den Gemobbten;
- fehlende soziale Unterstützung durch Kollegen;
- geringe Handlungsspielräume;
- wenig Entscheidungskompetenzen;
- andauernde Unsicherheit, arbeitsorganisatorische Probleme durch widersprüchliche Anweisungen;
- stressreiche Arbeitsbedingungen;

- schlechtere Informationen durch den Vorgesetzten, weniger Delegationsverhalten bei Führungskräften und fehlende Unterstützung.

All diese Aspekte zeigen aber auch, dass *kein klares Ursachewirkungsgefüge* auszumachen ist.

#### Ursachen beim Täter

Zapf (1999) unterscheidet dabei drei Bereiche: Einmal mikropolitisch bedingtes Mobbing, damit ist gemeint, dass ein oder mehrere Täter aufgrund eines mehr oder weniger nachvollziehbaren rationalen Kalküls mobben ► („**inoffizielle Personalarbeit**“). Als zweites sieht er Mobbing aus persönlichen Gründen. Hierbei geht es um Gefühle der Minderwertigkeit, der Bedrohung des eigenen Status. Mobbing wird als ► **Strategie zur Selbstwertstabilisierung** angesehen. Es scheint vieles dafür zu sprechen, dass es in der Konstellation mit nichtsoveränen Führungskräften und leistungsstarken Mitarbeitern ein erhöhtes Mobbingrisiko gibt. Als dritter Bereich beschreibt er ► „**nicht bewusstes Mobbing**“. Hier geht es z. B. darum, dass Ärger solange ertragen wird, bis es zu irgendeinem Zeitpunkt dazu kommt, dass **Überreaktionen** auftreten.

#### Ursachen beim Opfer

Die Sichtweise des Opfers wird sehr kontrovers gesehen. Während Leymann (1993) die Ursachen nicht beim Mobbingopfer sieht, gibt es dennoch klare Hinweise darauf, dass z. B. ein ► **geringes Selbstwertgefühl oder mangelnde soziale Kompetenz oder Selbstunsicherheit** des Opfers mit dazu beitragen, in die Opferrolle zu geraten. Mit Hinweis auf Zapf und Bühler (1998) folgert Zapf (1999): „Mobbingopfer bringen nicht selten ein ► **hohes Selbstbewußtsein und eine moralische Überlegenheit** zum Ausdruck und stellen sich damit ungewollt ins Abseits. Leistungsbereitschaft kann zur Schau gestellt (oder von den anderen zumindestens so empfunden werden), *Gewissenhaftigkeit* kann auch *Rigidität*, Unnachgiebigkeit und das Beharren auf den eigenen Vorstellungen beinhalten. Hiermit zusammen hängt vermutlich auch das Phänomen, daß nicht wenige Mobbing-Opfer unter keinen Umständen klein bei geben wollen und zum Teil einen *jahrelangen Kampf* gegen die Ungerechtigkeiten führen, die ihnen widerfahren sind.“

#### Phasen

Resch (1994) beschreibt bezugnehmend auf Leymann (1993) den typischen Verlauf des Mobbings in fünf Phasen. Es beginnt damit, dass ein *Konflikt entsteht*, der in der zweiten Phase durch *Psychoterror* fortgesetzt wird, und dann durch *arbeitsrechtliche Maßnahmen* abgelöst wird. Es kommt zu *ärztlichen und/oder psychologischen Fehldiagnosen*, die die Situation verschlimmern und endet damit, dass das *Arbeitsverhältnis zwangsweise beendet* wird (Leymann 1996).

#### Betriebliche Auswirkungen von Mobbing

Am Ende eines langen Mobbingprozesses steht nicht selten der Ausschluss aus der Arbeitswelt in Form von Krankschreibungen, Frührente, Kündigungen, Abfindungen etc. Zapf (1999) weist auf die ► **hohen betrieblichen Kosten** hin, die nach seiner Meinung von immenser Bedeutung sind. Es entstehen

- Kosten durch Fehlzeiten,
- Kosten durch Kündigungen und Versetzungen,
- Kosten durch Reduktion des Commitments (Dienst nach Vorschrift),
- Kosten durch mobbingbedingte arbeitsorganisatorische Probleme, z. B. ungenügende Informationsweitergabe,
- Kosten durch Rechtsstreitigkeiten,
- Kosten durch Zeit, die Opfer, Täter aber auch Gremien für den Mobbing-Fall aufwenden.

► **Inoffizielle Personalarbeit**

► **Strategie zur Selbstwertstabilisierung**

► **Nicht bewusstes Mobbing durch Überreaktionen**

► **Geringes Selbstwertgefühl, mangelnde soziale Kompetenz, Selbstunsicherheit**

► **Hohes Selbstbewusstsein und moralische Überlegenheit**

► **Hohe betriebliche Kosten**

Panse und Stegmann (1998) sehen in ihrem Buch „Kostenfaktor Angst“ (S. 155) Mobbing auch im Zusammenhang mit Ängsten am Arbeitsplatz und rechnen aus ihrer Sicht bei 1,2 Mio. Beschäftigten in Deutschland, die bei der Arbeit systematischem Psychoterror ausgesetzt sind, mit Gesamtkosten in Höhe von 30–100 Mill. DM jährlich.

### Risikofaktoren für das Auftreten von Mobbing

Fasst man die bisherigen Untersuchungen zusammen, so ergibt sich ein heterogenes Bild hinsichtlich Definition, Verbreitung, Ursachen und Hintergründen des Mobbingkonzepts. Zapf kommt aufgrund seiner Forschungen und seiner Bewertung der wichtigsten Literatur zu folgenden Risikofaktoren:

1. Die subjektive Einschätzung des Opfers, daß die Chancen, einen akzeptablen alternativen Arbeitsplatz zu finden, gering sind (wobei diese subjektive Einschätzung auf objektiven Gegebenheiten beruhen kann und in der Regel auch beruht).
2. Eine Arbeitstätigkeit in den Bereichen öffentliche Verwaltung, Gesundheit und Soziales und Erziehung und Unterricht.
3. Ein schlechtes Betriebsklima mit insbesondere wenig gegenseitiger sozialer Unterstützung.
4. Eine Arbeitsgruppe, in der es oft zu Frustrationen und Neid kommt und die deshalb dazu neigt, sich einen Sündenbock zu suchen.
5. Stressfaktoren wie Unsicherheit bei der Arbeit und arbeitsorganisatorische Probleme.
6. Eine wenig unterstützende Führung mit insbesondere schlechtem Informationsfluss.
7. Eine Situation, in der Entscheidungsträger in einer Firma glauben, personalbezogene Entscheidungen, v. a. Entlassungen, nur über Mobbing realisieren zu können.
8. Eine ungünstige Vorgesetzten-Untergebenen-Konstellation in der Form, dass sich ein Vorgesetzter von einem Mitarbeiter leistungsmäßig bedroht fühlt.
9. Die Tendenz von Personen, sich in sozialen Situationen unsicher zu verhalten, aufkommende Konflikte zu spät wahrzunehmen und Konflikte eher zu vermeiden.
10. Hohe Leistungsorientierung und/oder Gewissenhaftigkeit/Rigidität mit der Tendenz, durch das eigene Verhalten das Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten direkt oder indirekt in Frage zu stellen bzw. (berechtigte) Kritik so zu äußern, daß sie von Kollegen und Vorgesetzten nicht akzeptiert, sondern als persönlicher Angriff verstanden wird (Zapf 1999, S. 21).

### Rechtliche Situation

Um die Rahmenbedingungen und Folgen des Mobbinggeschehens bei Patienten angemessen zu beurteilen, können zum Verständnis der Problematik auch juristische Zusammenhänge von entscheidender Bedeutung sein.

Es gibt z. Zt. in Deutschland kein gesetzlich geregeltes Vorgehen zu Mobbing am Arbeitsplatz wie dies z. B. in Schweden durch einen Erlass des schwedischen Arbeitsministeriums der Fall ist. Artikel 1 und Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes schützen verfassungsrechtlich das allgemeine Persönlichkeitsrecht, wenn man davon ausgeht, dass Mobbing ein Eingriff in dieses Persönlichkeitsrecht darstellen könnte. Für den betrieblichen Bereich ist dies im § 75 Abs. 2 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) konkretisiert worden: Arbeitgeber und Betriebsrat haben die gesetzliche Pflicht zur Unterbindung von Schikanen, die von einem anderen Arbeitnehmer ausgehen. Der Arbeitgeber hat hier die Möglichkeit, durch Maßnahmen der Verwarnung und der Ermahnung, Versetzung oder Abmahnung bis zur Kündigung gegen einen Mitarbeiter vorzugehen, der andere z. B. diskriminiert oder schikaniert. Dem Betriebsrat ist es ermöglicht, im Einzelfall auch gegen den Arbeitgeber vorzugehen, wenn nachgewiesen werden kann, dass die Diskriminierung von diesem eingeleitet wurde. Für den Arbeitnehmer besteht die Möglichkeit, über die § 84 und 85 BetrVG mit dem Betriebsrat sich über Benachteiligungen oder ungerechte Behandlung durch den Arbeitgeber zu beschweren. Er kann dabei auch Ansprüche auf Unterlassung nach § 1004 BGB oder Schadenersatz nach § 823 BGB geltend machen.

Zu den originären Aufgaben des Betriebsrats gehört es, darüber zu wachen, dass alle Arbeitnehmer nach den Grundsätzen von Recht und Billigkeit behandelt werden. Die freie Entfaltung der Persönlichkeit der Arbeitnehmer ist zu schützen und zu fördern (§ 75 Betriebsverfassungsgesetz = BetrVG). Von daher ist der Betriebsrat verpflichtet, auch ohne eine Beschwerde des Betroffenen gegen Mobbing vorzugehen; im äußersten Fall kann er von seinem Recht Gebrauch machen, die Versetzung oder Entlassung des mobbenden Arbeitnehmers zu verlangen (§ 104 BetrVG). Eine Schulung zum Thema „Mobbing“ kann erforderlich im Sinne von § 37 Abs. 6 BetrVG sein (BAG 15.01.1997, Der Betrieb, DB 1997, 1475). Ein Schulungsbedarf besteht bereits dann, wenn konkrete Anhaltspunkte für Mobbingtendenzen sichtbar werden (ArbG Kiel 27.02.1997, Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht-Rechtsprechung Report, NZA-RR 1998, 212).

Darüber hinaus kann geprüft werden, ob Mobbing den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne von § 223 StGB erfüllt. Außerdem kann durch Mobbinghandlungen der Tatbestand der Beleidigung (§ 185 StGB), der üblen Nachrede (§ 186 StGB) oder der Verleumdung (§ 187 StGB) erfüllt sein.

Es kann in schwerwiegenden Fällen für den Betroffenen auch in Betracht kommen, das Arbeitsverhältnis von sich aus gem. § 626 BGB fristlos zu kündigen und nach § 628 BGB Abs. 2 Ersatz des durch die Kündigung entstehenden Schaden zu verlangen.

Derzeit arbeitet die Bundesregierung an einer Gesetzesvorlage, die Arbeitnehmern Schutz vor Mobbinghandlungen am Arbeitsplatz bieten soll.

Von nicht unerheblicher Bedeutung in diesem Zusammenhang sind Betriebsvereinbarungen wie sie von einigen Betrieben (VW in Wolfsburg oder Stadtverwaltung München) abgeschlossen wurden.

### **Ausgewählte Messinstrumente im Zusammenhang mit Problemen am Arbeitsplatz**

Im Folgenden sollen einige wichtige Messinstrumente, die sich mit Konflikten am Arbeitsplatz auseinandersetzen, dargestellt werden.

Der einzige auf Mobbing ausgerichtete Fragebogen ist der *LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror, Leymann 1996)*. Hier werden in Anlehnung an die o. a. Definition (Dauer ein halbes Jahr, mindestens einmal pro Woche) neben Fragen zur sozioökonomischen Situation, v. a. 45 Handlungen erfasst, die in 5 Gruppen aufgeteilt sind:

- Handlungen, die die Kommunikationsform berühren;
- Handlungen, die bewusst Isolierungen herbeiführen;
- Handlungen, die die Arbeitsaufgaben betreffen;
- Handlungen, die es auf das Ansehen des oder der Betroffenen absehen;
- Handlungen, die physische Gewalt androhen oder in physische Gewalt übergehen.

In einer weiteren offenen Kategorie werden Fragen zur Häufigkeit, zur Dauer und zur beruflichen Position erfasst. Zudem werden anhand einer Itemliste 39 Stresssymptome zu erfassen versucht.

Der *ISTA (Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse)* ist ein arbeitspsychologisches Verfahren zur Abschätzung von Belastungsschwerpunkten unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche (Semmer et al. 1999). Das Ziel dieses Verfahrens liegt darin, stressrelevante Merkmale der Arbeit (Ressourcen und Stressoren) zu erheben und empirisch zu zeigen, welche Merkmale oder Merkmalskombinationen für Gesundheit bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen besonders relevant sind. Entsprechend liefern Ergebnisse des ISTA Aufschluss über die Arbeitsbelastung unterschiedlicher Tätigkeiten und können helfen, Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzmerkmalen, Personenmerkmalen und Indikatoren von Gesundheit und Krankheit zu klären. Es liegt eine Langversion für den Bürobereich (Version 5.0, Semmer et al. 1995) und eine Kurzversion (Semmer et al. 1997) vor.

Der *AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster für Erwerbstätige)* ist ein Fragebogen zum Verhalten und Erleben in der Arbeit und im Beruf (Schaarschmidt u. Fischer 1996, 1997). Das Verfahren gestattet individuelle Verhaltens- und Erlebensmuster zu identifizieren, die als Risikofaktoren in Bezug auf eine psychische oder psychosomatische Gefährdung gewertet werden können.

Der von Koch und Laschinski (1979) veröffentlichte *KOLA (Fragebogen zur Erfassung der Situation am Arbeitsplatz und in der Familie)* soll neben den Skalen „Partnersituation“, „erlebte Erziehung“ und „Wohnverhältnisse“ auch Arbeitsplatzeinflüsse erfassen.

### Therapeutisches Vorgehen

Das folgende verhaltenstherapeutisch geprägte Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit Mobbingproblemen wurde im Rahmen einer stationären Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik entwickelt (Schwickerath et al. 2000). Teile dieses Vorgehens lassen sich auch im Rahmen der ambulanten Einzeltherapie oder Gruppentherapie anwenden bzw. sind zur Klärung und Bearbeitung der dem Mobbing zugrunde liegenden Hintergrundprobleme notwendig. Das problemlöseorientierte Vorgehen beginnt mit der ► **Analyse und Bearbeitung der so genannten externen Anteile** an der Mobbingproblematik, d. h. dass zunächst die Aspekte des Unternehmens oder der Firma analysiert werden. Im Anschluss erfolgt die Analyse der Beziehungen zum Mobber bzw. die Eigenschaften und Handlungsimpulse der aus der Sicht der Mobbingbetroffenen vermeintlichen Übeltäter. Erst danach erfolgt die ► **Analyse und Bearbeitung der Eigenanteile**. Dieses Vorgehen entspricht dem subjektiven Erleben des Patienten, dass nämlich andere Personen oder das Unternehmen oder die Firma hauptverantwortlich für die entstandenen Probleme mit all den Folgen v. a. der Krankheitssymptome erlebt werden. Eine Vorgehensweise, die direkt die Analyse der Eigenanteile fokussiert, läuft Gefahr, unnötigen Widerstand beim Patienten zu aktivieren.

### Therapeutisches Basisverhalten

Von grundlegender Bedeutung ist wie bei jeder Psychotherapie der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, v. a. deswegen, weil die betroffenen Menschen die Erfahrung der Ausgrenzung und Ablehnung in den zurückliegenden sozialen Kontakten insbesondere bei der Arbeit erlebt haben. Es gilt hier mehr denn je das Prinzip Kanfers, „den Patienten dort abzuholen, wo er steht“ (vgl. Kanfer et al. 1996) und ihm neue Erfahrungen einer annehmenden und auf Konfliktlösung hin orientierten Arbeitsbeziehung zu vermitteln. Dem empathischen oder annehmenden Moment kommt v. a. am Anfang der therapeutischen Beziehung eine entscheidende Bedeutung zu, da es immer wieder vorkommt, dass sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppe Misstrauen oder gar feindselige Impulse bei den Patienten aufgrund ihrer zuletzt überwiegend negativ geprägten sozialen Interaktionen und der externen Attributionsneigung auftauchen. Dieses Misstrauen dann als eine Ausdrucksform der erlebten Konfliktsituation verstehen zu lernen, ist eine besondere Herausforderung an die Therapeuten, gleichzeitig aber auch Prüfstein auf dem Weg zu einem tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnis.

Für die weitere Vorgehensweise ist ein Konfliktmodell mit den Wechselwirkungen von Unternehmen, Mobbern und Mobbingbetroffenen handlungsleitend. Ein weiterer Schritt zur Konfliktlösung neben dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie die Informationsvermittlung.

### Informationsvermittlung

Informationen zum Mobbinggeschehen sind sinnvoll, um einerseits ein gemeinsames Problembewusstsein bzw. gemeinsame Begriffe zu finden, andererseits um ein Grundgerüst zur Strukturierung der komplexen Problematik zu etablieren und therapeutische Ansatzpunkte zu finden. Ziel hierbei ist es, dass die Patienten ihre besondere Mobbing- oder Konfliktsituation am Arbeitsplatz besser verstehen lernen und ein individuelles plausibles Modell ihrer Situation mit den Folgen der Ausgrenzung oder der Krankheitssymptome entwickeln lernen. Konkrete Informationen bestehen z. B. in der *Definition oder Eingrenzung von Mobbingprozessen oder Arbeitsplatzkonflikten und deren Verbreitung in der Arbeitswelt*. Darüber hinaus werden das beschriebene *Konfliktmodell mit daraus abgeleiteten Teufelskreisen, Modelle der Ärgerbewältigung oder der Stressbewältigung* oder teilweise immer noch tabuisierte

#### ► Analyse und Bearbeitung der externen Anteile

#### ► Analyse und Bearbeitung der Eigenanteile

Von grundlegender Bedeutung ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Es gilt hier mehr denn je, den Patienten dort abzuholen, wo er steht.

Themen wie *sexuelle Belästigung* vermittelt. Sie sollen erste Hinweise finden, um sich die Frage beantworten zu können, „Was ist mit mir in dieser Firma, mit diesen Arbeitskollegen aus welchen Gründen passiert?“. Bei der nachfolgenden Analyse dieses komplexen Geschehens sind drei wesentliche Aspekte von Bedeutung, zum einen die Analyse der Organisation bzw. der Strukturen des Unternehmens, daneben die Anteile der Mobber bzw. Täter und im letzten Schritt die Analyse der Eigenanteile.

Zu diesem Zeitpunkt schöpfen die Patienten Hoffnung, da sie realisieren, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleingelassen sind, dass sie durch Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und durch therapeutische Vorgaben Zusammenhänge wiedererkennen und sie dadurch Strukturierungshilfen für ihre doch oft unüberschaubare Situation erhalten.

Dieses differenzierte Verstehen der eigenen Konfliktsituation ist eine Voraussetzung dafür, dass die Patienten im Fortgang der Therapie auch konkrete Bewältigungsschritte und Veränderungskompetenzen erwerben, um sich die Frage beantworten zu können, „Was kann ich ganz konkret und in welcher Reihenfolge unternehmen, um eine Klärung, Änderung oder Verbesserung meiner Situation bei der Arbeit zu erreichen?“

### Verstehen der individuellen Situation

Konkretisiert wird das begonnene Störungsmodell durch eine *konkrete Verhaltensanalyse*- und Bedingungsanalyse zur Mobbingproblematik, wobei alle drei Seiten des oben beschriebenen Konfliktmodells ausführlich gewürdigt werden.

### Analyse der Situation am Arbeitsplatz

Die Analyse der Mobbingproblematik erfolgt wie oben beschrieben von außen nach innen, das bedeutet, es werden zunächst die externen Anteile, d. h. die Teile der Organisation der Firma oder des Unternehmens analysiert. Dazu wird anhand eines genauen Organigramms die Struktur des konkreten Arbeitsplatzes in der Firma oder des Unternehmens, z. B. durch *Visualisierung an einem Flipchart* zu verstehen versucht. Es werden dabei die konkrete Einbindung in das Unternehmen, insbesondere die **Arbeitsplatzsituation, die Stellenbeschreibung, die Zuständigkeiten, die formalen Kompetenzen, die arbeitsvertraglichen Grundlagen, informelle Rollenzuschreibungen, die Verbindung zum Betriebsrat und das Betriebsklima** genau zu erfassen versucht. Hintergrund dabei ist, dass auf dem Boden von unklaren Stellenbeschreibungen, unklaren Rollen Mobbing wahrscheinlicher wird. Es wird weiterhin die konkrete Situation vor der Mobbingproblematik im Betrieb thematisiert. Hilfreich kann dabei auch die Analyse der Unternehmensziele sein, wie sie in Unternehmensphilosophien oder den Leitbildern eines Unternehmens oft propagierend gefordert werden. Diese Analyse wird von den Patienten motiviert und engagiert, zwangsläufig subjektiv gefärbt erarbeitet. Es wird hierbei betont, dass es zunächst nicht um eine Veränderung, sondern um das **Verstehen der konkreten Situation** geht.

### Analyse der Anteile des Mobbers

Hier wird versucht, das Verhalten des Mobbers hinsichtlich seiner Absichten, Ziele, kognitiven Muster seiner Gefühle und Empfindungen, ggf. auch seiner körperlichen Reaktionen zu analysieren. Es geht hierbei weniger um eine objektive Analyse des Mobbers, sondern darum, dass der Patient in einer Art Rollentausch die Situation des Mobbers zu erkennen oder zu hinterfragen lernt. Bei der Realisierung, wie der Mobber sich in der konkreten Mobbingssituation verhält, sind Übungen hilfreich wie z. B. die Aufforderung: „Stellen Sie sich vor, der Mobber sitzt jetzt neben Ihnen: Wie wird er aus seiner Sicht seine Situation, vor allem ihnen gegenüber, schildern“. Dies kann mit emotionalen Ausbrüchen wie v. a. Wut, Aggression oder auch Scham einhergehen.

Die Situation des Mobbers und auch des Unternehmens besser zu verstehen, bedeutet für den Patienten hinter die Kulissen des Unternehmens und hinter die Kulissen des Mobbers zu blicken, was für die betroffenen Patienten häufig neue Einsichten schafft, v. a. aber eine Distanz zum Geschehen aufbauen kann, die für spätere tragfähige Entscheidungen zum weiteren beruflichen Fortgang wichtig sind.

► **Arbeitsplatzsituation, Stellenbeschreibung, Zuständigkeiten, formale Kompetenzen, arbeitsvertragliche Grundlagen, informelle Rollenzuschreibungen, Verbindung zum Betriebsrat, Betriebsklima**

► **Verstehen der konkreten Situation**

Die Situation des Mobbers und auch des Unternehmens besser zu verstehen, bedeutet für den Patienten hinter die Kulissen des Unternehmens und hinter die Kulissen des Mobbers zu blicken.



### Analyse der Anteile des Mobbingbetroffenen

Dies bildet den Hauptbestandteil der Mobbinganalyse. Hier werden die Modalitäten Gefühle, Verhalten, körperliche Reaktion und Gedanken auf dem Hintergrund der Konflikte am Arbeitsplatz bei dem oder der Betroffenen ausführlich erarbeitet. Dabei lassen sich beispielhaft auf der Ebene der *Gefühle* Hilflosigkeit, Ängste, Wut, Unsicherheit, Scham, Schuldgefühle feststellen, im offen *beobachtbaren Verhalten* wird Rückzug und Isolierung aber auch Angriffsverhalten, Streitverhalten beobachtet. Zudem lassen sich reduzierte Leistungsfähigkeiten oder gar Arbeitsunfähigkeitszeiten konstatieren, *körperliche Reaktionen* sind häufig durch Anspannung, Unwohlsein, durch verstärkte psychosomatische Beschwerden durch erhöhte Krankheitsanfälligkeit charakterisiert. Tragender Teil des kognitiv-behavioralen Ansatzes ist die Analyse der *dysfunktionalen kognitiven Muster*. Hier werden sowohl Gedankenstrukturen wie „Die wollen mich fertig machen“, „Ich halte das nicht mehr aus“ bis hin zu „Das lasse ich mir nicht bieten“ oder auch Strukturen wie „Ich muss alles perfekt machen“ deutlich.

Dieses verhaltensanalytische Modell lässt sich durch Kommunikationsmodelle, wie sie z. B. von Schulz von Thun (1981) beschrieben wurden, bereichern, wobei v. a. der Aspekt der so genannten „Vier Ohren“ aus unserer Erfahrung für die weitere Analyse besonders hilfreich erscheint. Zur Aufrechterhaltung der Mobbingssituation kann indirekt auch *die Familie oder der Lebenspartner beitragen*. Einerseits berichten Mobbingbetroffene, dass ihre Lebenspartner in den vielen nicht enden wollenden Berichten sich „genervt“ fühlen und von der Situation an der Arbeitsstelle nichts mehr hören wollen. Die Betroffenen finden dadurch auch zuhause keine Entlastung mehr, fühlen sich alleingelassen, was dazu führt, dass sich z. B. die depressive Symptomatik verschlimmert. Hinzu kommt, dass auch bei Familienangehörigen Existenzängste induziert werden, die das Fortbestehen der Familie zeitweise in Frage stellen können. Andererseits wird über ausnahmslosen Zuspruch der Partner berichtet, was zwar kurzfristig entlastend und stützend wirkt, sich langfristig aber durch das eher passive Veränderungsverhalten des Betroffenen als problemstabilisierend erweisen kann.

In Fällen von Substanzmissbrauch durch Alkohol oder Medikamente zur kurzfristigen Scheinlösung der eskalierten Mobbingssituation v. a. im Zusammenhang mit Schlafstörungen werden entsprechende Elemente z. B. der persönliche Leitfaden zum Durchleuchten des Alkohol- und Medikamentenkonsums eingesetzt (Schuhler u. Baumeister 1999).

Wie in jeder gelungenen Therapie gilt auch hier, je genauer die Verhaltens- und Bedingungsanalyse erfolgt, umso einfacher und präziser lassen sich therapeutische Ansatzpunkte herausarbeiten.

Wichtig dabei ist v. a., dass diese Analyse von dem Patienten als stimmig, transparent, plausibel akzeptiert wird, aber auch als ein Modell, das durch weitere therapeutische Fortschritte ergänzt oder verändert werden kann. Im Laufe der Bearbeitung der eigenen Anteile wird von therapeutischer Seite der Fokus auf die Botschaft gelegt, dass beim Patienten oder bei der Patientin eine Veränderung der Situation letztlich nur durch eine andere Sichtweise, durch eine Verhaltensänderung oder auch durch die Entscheidung, die Arbeitsstelle zu wechseln, erfolgen kann.

Diese Analyse soll neben den konkreten therapeutischen Ansatzpunkten auch eine Veränderungsmotivation weg von der Opferrolle hin zu einer aktiven Auseinandersetzung bzw. Problemlösung aufbauen helfen.

In vielen Fällen hat es sich als hilfreich erwiesen, das Ergebnis der Verhaltens- und Bedingungsanalyse auf **► ein Bild, eine Metapher oder eine Geschichte im Sinne eines Narrativs** zu reduzieren oder zu erweitern, je nach Fähigkeit zur Differenzierung und Akzeptanz durch den einzelnen Patienten, Beispiele dafür sind: „der geordnete Rückzug“, „der Wolf im Schafspelz“, „Lebenspartner Arbeit“.

Im Rahmen einer stationären Therapie in einer Rehaklinik kann die Verhaltens- und Bedingungsanalyse auch ergeben, dass sich hinter der Mobbingproblematik eines Patienten ein persönliches Interesse verbirgt, z. B. ein Rentenbegehren. Problematisch wird diese Situation dann, wenn der Patient keine Veränderungsmotivation entwickelt und er sein Interesse weder relativiert noch verändern will. In diesem Falle sind Maßnahmen der sozialmedizinischen Begutachtung notwendig.

Im weiteren therapeutischen Prozess wird auch darauf geachtet, dass *vorhandene Ressourcen* in die Analyse der Eigenanteile eingearbeitet bzw. unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Therapieziele aktiviert werden (vgl. Grawe u. Grawe-Gerber 1999).

Diese Analyse soll neben den konkreten therapeutischen Ansatzpunkten auch eine Veränderungsmotivation weg von der Opferrolle hin zu einer aktiven Auseinandersetzung bzw. Problemlösung aufbauen helfen.

#### ► Bild, Metapher, Geschichte im Sinne eines Narrativs

Im Rahmen einer stationären Therapie in einer Rehaklinik kann die Verhaltens- und Bedingungsanalyse auch ergeben, dass sich hinter der Mobbingproblematik eines Patienten ein persönliches Interesse verbirgt, z. B. ein Rentenbegehren.

► **Distanz als Voraussetzung für Entscheidungen**

► **Grundsätzliche Entscheidung**

Die Entscheidung selbst kann für viele Patienten auch das erklärte Therapieziel sein; hier sind dann Entscheidungshilfen wie das Gegenüberstellen, Bewerten von Argumenten oder das Erarbeiten in der Gruppe oder in der Einzeltherapie hilfreich.

► **Rollenspiele zur Führung eines Konfliktgesprächs**

- **Nein sagen lernen**
- **Problemlösetraining**

► **Kognitive Umstrukturierung**

Durch diese Analyse als Grundlage, um ihre Situation besser zu verstehen, erhalten die Patienten wieder die ► **nötige Distanz zum Geschehen**, was die **Voraussetzung für tragfähige Entscheidungen** bezüglich der Zukunft ihrer beruflichen Situation schafft ( vgl. Wirkfaktor Klärung, Grawe 1996, 1998).

### Verändern

Nach Klärung und Erarbeitung eines individuellen Modells zur Mobbingproblematik werden die konkreten Therapieziele erarbeitet. Dies setzt zunächst eine ► **grund-sätzliche Entscheidung** voraus, ob der Betroffene wieder an den Arbeitsplatz zurückkehrt oder ob die Situation als so verfahren beurteilt wird, dass keine Chance zu einem Neubeginn gesehen wird. Wenn diese Entscheidung gefällt ist, können konkrete Therapieziele bearbeitet und eingeübt werden. Auch wenn der Patient nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückkehrt, so sehen dennoch viele Patienten, bei denen der aktuelle Leidensdruck zwar nachgelassen hat, die Notwendigkeit einer Aufarbeitung v. a. mit dem Argument, dass an einer neuen Arbeitsstelle die alten Muster wiederauftreten könnten. Die Entscheidung selbst kann für viele Patienten auch das erklärte Therapieziel sein; hier sind dann Entscheidungshilfen wie das Gegenüberstellen, Bewerten von Argumenten oder das Erarbeiten in der Gruppe oder in der Einzeltherapie durch z. B. die 2-Stühle-Technik hilfreich. Vor allem bei Patienten, die durch einen hohen Gerechtigkeitsinn und eine hohe moralische Verpflichtung charakterisiert sind, kann die Erkenntnis, keine lebbare Perspektive mehr im Betrieb zu haben, die Entscheidung, „loszulassen“ und sich für einen Arbeitsplatzwechsel zu entscheiden, das wesentliche therapeutische Agens sein. In jedem Fall wird die *Selbstverpflichtung* zur Bearbeitung der Mobbingproblematik mit den jeweiligen Therapiezielen herausgestellt und thematisiert.

Es lassen sich auf den verschiedenen Modalitäten Veränderungsziele und Veränderungsschritte erarbeiten. Auf der *Verhaltensebene* können beispielsweise folgende therapeutische Übungen durchgeführt werden:

- Übungen zur Klärung der Organisationsstruktur in der Firma;
- ► **Rollenspiele zur Führung eines Konfliktgesprächs** mit dem Vorgesetzten und/oder dem identifizierten Mobber;
- das Erlernen von assertiven Verhaltensweisen im Rollenspiel (in der Einzeltherapie oder in der Gruppe);
- spezielles Selbstsicherheitstraining, z. B. ► **Nein sagen lernen**;
- gezieltes ► **Problemlösetraining**;
- Stressbewältigungstechniken durch Zeitmanagement;
- Erarbeiten von Frühwarnsystemen zur Prophylaxe.

Wenn während der stationären Therapie die Möglichkeit besteht, diese neu erlernten Strategien vor Ort umzusetzen, wird z. B. ein Konfliktgespräch beim Arbeitgeber als *Realitätstestung* oder Realitätstransfer vereinbart, was entsprechend vor- und nachbereitet wird. Es wird darauf geachtet, dass das Vermeidungsverhalten, sich zurückzuziehen und der Überzeugung nachzuhängen, als Opfer nichts tun zu können, unterbrochen wird.

Auf der *kognitiven Ebene* können Elemente der ► **kognitiven Umstrukturierung** eingesetzt werden. Zentral ist hier das Prinzip des geleiteten Entdeckens, um die dysfunktionalen Muster, die automatisierten Gedanken, die irrationalen Überzeugungen oder Grundannahmen (Beck et al. 1993) zu identifizieren. Neben dem sokratischen Dialog geht es um das Hinterfragen der irrationalen Überzeugungen, um das Herausarbeiten von realistischen Alternativen. Die Patienten werden motiviert, die automatisierten Gedanken zu protokollieren. Alternative angemessene oder positive Gedanken werden nach Passgenauigkeit und Stimmigkeit überprüft (vgl. auch kognitives Neubenennen nach Hautzinger 1993) In diesem Zusammenhang spielt neben der Evozierung von Kognitionen (Young 1993) auch die kognitive Probe (Hoffmann 1993) eine wichtige Rolle.

Eine weitere Technik bei depressiven Übergeneralisierungstendenzen ist die Visualisierung der bisherigen beruflichen Karriere, was z. B. anhand eines „Kuchens“ durch Teilstücke von Erfolgen und Misserfolgen dargestellt werden kann.

Als hilfreich hat sich auch die Spaltentechnik erwiesen. Hier werden konkrete Konfliktsituationen am Arbeitsplatz – vorbereitet durch die Mobbinganalyse – nach

Auf der emotionalen Ebene lernen die Patienten ihre mit der Mobbing-situation verbundenen Gefühle von Wut, Ärger, Enttäuschung, Kränkung wahrzunehmen und auszudrücken.

### ► Ärgerbewältigung

### ► Focusingprozesse

### ► Entspannungsverfahren

### ► Hausaufgaben

### ► Vorteil des Gruppensettings

folgenden Spalten strukturiert: Was ist konkret das Problem? Was fühle ich? Was denke ich? Was tue ich? und zwar nach altem und nach neuem Denken mit den entsprechenden Konsequenzen.

Auf der emotionalen Ebene lernen die Patienten ihre mit der Mobbing-situation verbundenen Gefühle von Wut, Ärger, Enttäuschung, Kränkung wahrzunehmen und auszudrücken. Vor allem im Umgang mit Ärgersituationen wird immer wieder deutlich, dass aufgestaute Ärger und aufgestaute Wut ein Nährboden für unangemessenes Verhalten und fehlgeschlagene Konfliktlösungen bilden. Im Rahmen der Bearbeitung der Mobbingproblematik taucht dieser Aspekt einer unangemessenen oder fehlenden **► Ärgerbewältigung** häufig auf. Hier finden gezielte Techniken Anwendung, die auf einem in der Klinik Berus evaluierten Ärgerbewältigungstraining fußen (Dusi 1998). Darüber hinaus können emotionsinduzierende Verfahren wie z. B. Nähe-Distanz-Übungen durchgeführt werden. Es können auch **► Focusingprozesse** (Feuerstein u. Müller 2000) eingesetzt werden, die helfen können, das Spektrum der Mobbingproblematik genauer zu erfassen. Zudem werden systemische Elemente wie beispielsweise die Familienskulptur eingesetzt.

Liegen die Bedingungen zur Durchführung des *EMDR* bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung vor (Shapiro 1998; Hoffmann 1999, Eschenröder 1997), so kann dies im Rahmen der Einzeltherapie nach entsprechender Vorbereitung eingesetzt werden.

Auf der *physiologischen* Ebene können **► Entspannungsverfahren** eingesetzt werden, die einen ergänzenden Baustein zur Behandlung liefern können. Auch physikalische Maßnahmen können roborierend und entlastend wirken.

Die erarbeiteten Änderungs- oder Bewältigungsschritte werden durch **► Hausaufgaben** im Sinne einer gezielten Anleitung zur Nachbereitung der Einzel- oder Gruppentherapie zu stabilisieren versucht. Wichtig dabei ist, dass in jeder Therapie-stunde Raum für die Überprüfung dieser Hausaufgaben besteht.

*Zusammengefasst* werden in Kombination mit den noch vorhandenen Ressourcen neue Bewältigungsstrategien erarbeitet, die dazu führen, dass das verlorengangene Selbstwertgefühl allmählich aufgebaut und stabilisiert wird (vgl. Wirkfaktor problemspezifische Intervention oder Bewältigung, Grawe 1998).

## Gruppensetting

Der **► Vorteil einer auf Mobbing ausgerichteten Gruppentherapie** liegt darin, dass sich die Patienten in ihrer besonderen Problematik auch durch Mitbetroffene ernstgenommen und verstanden fühlen und wichtige soziale Unterstützung erleben, die ihnen vorher in der Auseinandersetzung am Arbeitsplatz als einem für sie wesentlichen sozialen Mikrokosmos gefehlt hat. Darüber hinaus bildet das Gruppensetting durch die gemeinsame Bearbeitung mit Mitbetroffenen, und den gruppenspezifischen Vorteilen eine gute Voraussetzung zum besseren Verständnis und zur Veränderung der Problematik, wobei v. a. die in der Gruppe eingebrachten Erfahrungen von Mitpatienten hilfreich sind.

Zur Indikation zur Gruppentherapie bei Mobbingpatienten sei angemerkt, dass neben der Mobbingproblematik und der grundlegenden Gruppenfähigkeit (er oder sie traut sich die Teilnahme an einer Gruppe zu und ist z. B. von der Einschätzung der Therapeuten, die im stationären Bereich das Einführungstraining leiten, auch in der Lage, sich an die vorgegebenen Gruppenregeln zu halten) auch eine ausreichende Eigenmotivation vorliegt. Patienten, bei denen ein Rentenwunsch alles andere dominiert und nicht veränderbar ist, sollen und können nicht teilnehmen.

Die konkrete Vorgehensweise der *interaktionellen Gruppensitzungen* ist an dem *Problemlöseansatz* von Grawe (1980) orientiert, wobei die Bearbeitung der Problematik eines Patienten oder einer Patientin in und mit Hilfe der Gruppe den Hauptbestandteil darstellt. Die oben beschriebenen therapeutischen Elemente werden je nach Problemstellung auch in der Gruppe eingesetzt (vgl. Wirkfaktor Problemaktualisierung, Grawe 1998).

Wesentliche Merkmale der Gruppe sind neben den vorgegebenen Gruppenregeln auch *transparente* für den einzelnen *plausible und nachvollziehbare Ziele*. Es wird besonderer Wert auf die konstruktiven Gruppenbedingungen (Fiedler 1996, S. 472) gelegt: Gruppenkohäsion, ein Klima des gegenseitigen Vertrauens, wechselseitige Offenheit, intensive kooperative Arbeitshaltung.

Vor Beginn der Gruppe erhalten die Patienten eine Information zu den Zielen, zum Ablauf und zu den Gruppenregeln. Die Gruppe beginnt mit dem üblichen Blitzlicht mit zwei Fragestellungen, „Wie geht es mir?“ und „Was beschäftigt mich z. Zt. in der Therapie?“. Neue Patienten stellen sich beim ersten Mal vor und sollen dabei auf folgende Bereiche eingehen: „Warum möchte ich jetzt eine Behandlung machen?“ und „Was erwarte ich von der Mobbinggruppe?“ und ein erster Eindruck „Was ist mein spezielles Mobbingproblem bzw. mein Problem am Arbeitsplatz?“. Zur Wirksamkeit und Akzeptanz einer Mobbinggruppe siehe Schwickerath et al. (2000) und Schwickerath und Kneip (2001).

### **Ergänzende therapeutische Bausteine**

Im Rahmen der stationären Behandlung haben sich mehrere ergänzende Maßnahmen als sinnvoll und als problemlöseunterstützend und stabilisierend erwiesen.

#### **Ergotherapie**

Es werden hier *Arbeiten unter realitätsnahen Arbeitsbedingungen* durchgeführt, es geht um Arbeitsgrundhaltung wie Arbeitsplatzgestaltung, Umgang mit Materialien und Werkzeug, Regeleinhaltung, Selbstkontrolle, die Übernahme von Verantwortung, auch die Fähigkeit zur Annahme von Fremdbewertung und Kritik zur konstruktiven Auseinandersetzung mit eigenen Defiziten. Konzentrationsfähigkeit, zielorientiertes Vorgehen, Belastbarkeit und Durchhaltevermögen werden ebenso trainiert.

Im Rahmen einer Projektgruppe können die in der bisherigen Mobbinganalyse erarbeiteten Hintergründe und Zielsetzungen konkret beobachtet und z. B. durch konkrete Rückmeldungen weiterbearbeitet werden. Hier plant eine Gruppe von Patienten unter ergotherapeutischer Anleitung z. B. eine gemeinsame handwerkliche Arbeit oder eine Veranstaltung, bei der es darum geht, eigene Bedürfnisse im Kontext der gemeinsamen Arbeit wahrzunehmen, auszudrücken oder auch Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen. Auch Bausteine des kreativen Gestaltens können im Rahmen der Ergotherapie indiziert sein und für neue Erfahrungen sorgen.

#### **Themenzentrierte Gruppen**

Ergänzend zur Behandlung der Mobbingproblematik kann bei Vorliegen z. B. einer Angsterkrankung oder einer Depression ein entsprechendes Angebot zu diesem Störungsbereich erfolgen. Im Rahmen der stationären Behandlung kann das z. B. durch die Teilnahme an der Angstinformationsgruppe oder Angstübungsgruppe realisiert werden (Keller et al. 1999).

#### **Soziotherapie**

Die *Reintegration in den Arbeitsprozess durch das Angebot konkreter Hilfen* ist ein Schwerpunkt der Soziotherapie. Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung, Fragen zur wirtschaftlichen Absicherung, Fragen zur beruflichen Weiterqualifikation, Umschulungsfragen etc. können hier im Rahmen der Einzelbetreuung für Mobbingpatienten bearbeitet werden. Auch arbeitspädagogische Maßnahmen, die die Eingliederung in den Arbeitsprozess vorbereiten, können durch Belastungserprobungen im Anschluss an die Arbeitstherapie grundlegende Kompetenzen wie Arbeitsgrundhaltung etc. trainieren. Dabei können sowohl interne Belastungserprobungen im geschützten Rahmen der Klinik als auch externe Belastungserprobungen in ausgesuchten berufsspezifischen Betrieben in der näheren Umgebung stattfinden. Zudem kann der Patient an einem Bewerbertraining teilnehmen oder sich im Rahmen einer Berufsorientierungsgruppe auf berufliche Alternativen vorbereiten.

#### **Sport- und Bewegungstherapie**

Die Sport- und Bewegungstherapie wird als integraler Bestandteil im stationären Setting betrachtet und verfolgt die Behandlungsziele auf einer handlungsbetonten körperlich erfahrbaren Ebene. Dabei geht es um Aktivierung und Aufbau von *Zutrauen*

in die eigene körperliche Belastungsfähigkeit, das Bewusstmachen der Wechselwirkung zwischen Bewegung, sozialen Kontakten und emotionaler Befindlichkeit, die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Entwicklung der körperlichen Wahrnehmungs- und Austauschfähigkeit.

### Euthymes Angebot

Gerade bei Patienten mit ausgeprägten Arbeitsplatzproblemen und der Fokussierung auf Arbeit, Leistung und Konflikten fehlt oft die notwendige Entspannung. Hier können gezielt sowohl Entspannungstrainings wie das Muskelentspannungstraining nach Jakobson oder Tiefenentspannung oder auch spezielle euthyme Angebote wie die Genussgruppe korrigierend und ergänzend helfen. Ziel dabei ist es, eine differenzierte Sinneswahrnehmung zu entwickeln und wieder genießen zu lernen (vgl. Lutz 1993).

### Weiterführende Maßnahmen

Nach einer erfolgreichen Bearbeitung der Mobbingproblematik kann es sich für den Patienten als notwendig erweisen, juristische Hilfe z. B. durch die Einschaltung eines Rechtsanwalts in Anspruch zu nehmen, um berechnete Forderungen gegenüber dem Arbeitgeber (z. B. Abfindung) durchzusetzen. Es kann die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, der Kontakt zu engagierten Interessenvertretungen, der Einsatz für entsprechende Betriebsvereinbarungen (s. oben) sinnvoll und hilfreich sein.

### Beispielhafte Lösungsrichtungen

Es lassen sich nach den ersten Erfahrungen neben individuell-spezifischen im Wesentlichen drei Lösungsrichtungen zu Mobbing oder zu Arbeitsplatzkonflikten bei den Patienten bezogen auf die Fortsetzung der Arbeit konstatieren. Eine Gruppe von Patientinnen und Patienten hat innerhalb der Mobbinggruppe Strategien gelernt, sich gegen die Mobbingattacken durch ► **aktive Problemlösung** zu wehren und durch die Hoffnung, etwas innerhalb des Betriebs verändern zu können, treten diese die Arbeit wieder an und sind auch zuversichtlich, eine Änderung herbeizuführen. Eine zweite Gruppe von Patienten tendiert dazu, das ► **Arbeitsverhältnis zu kündigen**. Es handelt sich dabei eher um ältere Arbeitnehmer, die für die Betriebe zu teuer sind, Arbeitsplatzveränderungen erleben oder mehr oder weniger offen die Botschaft erhalten, dass sie in der bisherigen Form nicht mehr erwünscht sind. Diese retten sich über längere Arbeitsunfähigkeitszeiten in die vorübergehende Arbeitslosigkeit, gefolgt von der Hoffnung, früher oder später berentet zu werden. Strukturierungshilfe dabei besteht in dem Motto, einen ► **„geordneten Rückzug“** anzutreten.

Eine dritte Gruppe von Patientinnen und Patienten ist dadurch charakterisiert, dass diese erkennen, dass „sie am Arbeitsplatz keinen Blumentopf mehr gewinnen können“. Sie lernen, *sich ein dickes Fell* zuzulegen, schützen sich gegen die Angriffe von Kollegen und Vorgesetzten und versuchen dadurch, eine gewisse Zeit die Arbeit in der Firma durchzuhalten, um sich existenziell abzusichern oder um sich eine neue Stelle zu suchen. Mit der Vorstellung, für eine überschaubare kurze Zeit zur Existenzsicherung die aktuelle schwierige Situation auszuhalten, kann dem Patienten einen neuen anderen Sinn für diese Zeit verleihen. Er kann sich schützen lernen und so diese Zeit überstehen.

Entscheidend ist aber, dass die Patienten durch das Verstehen ihrer Situation, durch das Erarbeiten einer Perspektive und durch neu gelernte Bewältigungsschritte ihr Selbstwertgefühl steigern bzw. wiedergewinnen. Kurze Fallvignetten dazu finden sich in Schwickerath et al. (2000).

### Besondere Probleme im Umgang mit Mobbingpatienten

Der Umgang mit Patienten, die unter Mobbing am Arbeitsplatz leiden, stellt für die Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Die Patienten sehen in ihrer Erfahrungswelt häufig andere Personen oder Strukturen als die alleinigen Verursacher ihrer Probleme, nehmen sich als Opfer wahr und können zunächst nur schwer eige-

► **Aktive Problemlösung**

► **Arbeitsverhältnis kündigen**

► **Geordneter Rückzug**

Eine ausgewogene Analyse stellt eine therapeutische Möglichkeit dar, um die Gratwanderung zwischen starken Externalisierungstendenzen der Betroffenen mit der Gefahr, durch aufkeimenden Widerstand die eigene Sichtweise zu zementieren und auch ausgeprägten Internalisierungstendenzen mit der Gefahr, sich als Versager zu bestätigen, zu meistern.

ne Anteile erkennen. Eine ausgewogene Analyse nach den drei beschriebenen Seiten der Konfliktbeteiligten beginnend mit der Analyse der Unternehmensstruktur stellt eine therapeutische Möglichkeit dar, um diese *Gratwanderung zwischen starken Externalisierungstendenzen* der Betroffenen mit der Gefahr, durch aufkeimenden Widerstand die eigene Sichtweise zu zementieren und auch ausgeprägten *Internalisierungstendenzen* mit der Gefahr, sich als Versager zu bestätigen, zu meistern. Es gilt dabei flexibel zu bleiben, durch indirekte Wege, durch therapeutische Metaphern oder durch auch paradoxe Interventionsstrategien die Patienten zu einer angemessenen Auseinandersetzung zu motivieren.

Eine weitere Herausforderung, v. a. im stationären Rahmen, stellt die Tatsache dar, dass Therapeuten, sowohl in der Gruppe als auch im Klinikalltag unter einer ständigen Beobachtung stehen. Konflikte im Team, angespannte suboptimale Kommunikationsstrukturen unter den Therapeuten werden registriert und schonungslos zum Thema gemacht. Das *Modellverhalten der Therapeuten*, das Klima auf dem Team und in der Klinik stehen in besonderer Weise im Blickpunkt und beeinflussen die Glaubwürdigkeit des therapeutischen Vorgehens.

### Behandlungseffektivität

Der Schwerpunkt Mobbingtherapie in der Klinik Berus besteht seit über einem Jahr. Die Auswertung der bisher an dem Programm beteiligten Patientinnen und Patienten hat u. a. eine hohe Akzeptanz der Mobbinggruppe durch die Betroffenen ergeben. Es lassen sich am Ende der Therapie u. a. signifikante Veränderungen im Erleben und Verhalten, eine signifikante Reduktion der grundsätzlichen psychischen Belastung und v. a. der depressiven Symptomatik feststellen (Schwickerath u. Kneip 2001).

### Fazit für die Praxis

Das Anfang der 90er-Jahre populär gewordene Phänomen Mobbing ist differenzierter und empirisch fundierter geworden, meint langfristige und häufige Schikanen am Arbeitsplatz mit dem Ziel, Mitarbeiter auszugrenzen. Dadurch entstandene oder mitbedingte Krankheitsfolgen bei den Betroffenen können durch ein spezielles verhaltenstherapeutisches Vorgehen im stationären Setting wirksam behandelt werden. Dabei werden Anteile des Unternehmens, der Mobber und Eigenanteile berücksichtigt, die auch im Rahmen der Prophylaxe und der ambulanten Therapie hilfreich sind.

### Literatur

- Beck AT, Freeman A et al. (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. PVU-Verlag, Weinheim
- Dusi D (1998) Ärgerbewältigung – Evaluation eines Ärgerbewältigungstrainings für klinische Gruppen (ÄBT-G) im stationären Setting, Bd 619. Europäischer Verlag für Wissenschaften, Frankfurt aM
- Eschenröder CT (1997) EMDR – Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen, Forum 38. dgvt, Tübingen
- Feuerstein HJ, Müller D (2000) Focusing und erlebensbezogene Methode- eine Einführung. Gesprächspsychother Personenzentrierte Beratung 2: 96–103
- Fiedler P (1996) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. PVU-Verlag, Weinheim
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Grawe K (1980) Verhaltenstherapie in Gruppen. Urban & Schwarzenberg, München
- Grawe K (1996) Klärung und Bewältigung. Über das Verhältnis der beiden wichtigsten Veränderungsprinzipien. In: Reinecker H, Schmelzer D (Hrsg) Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut 44: 63–73
- Hautzinger M (1993) Kognitives Neubenennen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie, 2. überarb. und erw. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 187–192
- Hoffmann N (1993) Kognitive Probe. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie, 2. überarb. und erw. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 181–185
- Hoffmann A (1999) EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme, Stuttgart New York

- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagementtherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Keller R, Schwickerath J, Follert P (1999) Ein neues Konzept der Angstbewältigungsgruppe – Erfahrungen mit einem Gruppenkonzept aus einem psychoedukativen Informations- und einem prozeßorientierten Übungsteil. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 46: 34–44
- Knorz C, Zapf D (1996) Mobbing. – Eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Z Arbeits- Organisationspsychol* 40:12–21
- Koch U, Laschinsky D (1979) Ein Fragebogen zur Erfassung der Situation am Arbeitsplatz und in der Familie. *Psychol Prax* 23:165–173
- Leymann H (1993) Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Rowohlt, Reinbek
- Leymann H (1996) Handanleitung für den LIPT-Fragebogen. dgvt-Verlag, Tübingen
- Lutz R (1993) Genußtraining. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie, 2. überarb. und erw. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 155–159
- Neuberger O (1999) Mobbing: übel mitspielen in Organisationen, 3. Aufl. Hampp, München
- Niedl K (1995) Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz – Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten. Hampp, München
- Panse W, Stegmann W (1998) Kostenfaktor Angst. Verlag moderne Industrie, Landsberg/Lech
- Resch M (1994) Wenn Arbeit krank macht. Ullstein, Frankfurt aM
- Schaarschmidt U, Fischer A (1996) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (Manual). Swets Testservices, Frankfurt aM
- Schaarschmidt U, Fischer A (1997) AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. *Z Different Diagnost Psychol* 18:151–163
- Schuhler P, Baumeister H (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Schulz von Thun F (1981) Miteinander reden – Störungen und Klärungen. Rowohlt, Reinbek
- Schwickerath J, Kneip V (2001) Mobbing am Arbeitsplatz: Interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz – Psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. In: Ziele M, Keyserlingk H v, Hackhausen W (Hrsg) Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Pabst Sci Publ, Lengerich
- Schwickerath J, Berrang F, Kneip V (2000) Mobbing: Interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz – Psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 50: 28–46
- Semmer N, Zapf D, Dunckel H (1995) Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse. Fragebogenversion für den Bürobereich, Version 5.0. Institut für Psychologie, Universität Bern
- Semmer N, Grebner S, Elfering A, Vogel N (1997) ISTA Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse. Fragebogen Kurzversion AEQUAS und Zusatzskalen. Institut für Psychologie, Universität Bern
- Semmer N, Zapf D, Dunckel H (1999) Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse. In: Dunckel H (Hrsg) Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. vdf Hochschulverlag an der ETH, Zürich, S 179–204
- Shapiro F (1998) EMDR-Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
- Young J (1993) Kognitionsevozierung. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie, 2. überarb. und erw. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 175–179
- Zapf D (1999) Mobbing in Organisationen – Stand der Forschung. *Z Arbeits- Organisationspsychol* 1: 1–25
- Zapf D, Bühler K (1998) Stigmatization at work. Unveröffentlichtes Manuskript, Psychologisches Institut, Frankfurt aM
- Zielke M (1998) Entwicklung und Begründung eines Modells zur Analyse des Arbeits- und Leistungsprozesses. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 41: 13–28
- Zielke M (2000) Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 50: 13–27