

Behandlung von Mobbing-Patienten mit Dysthymie als sehr anspruchsvoll angesehen werden.

Unter den Mobbing-Patienten mit Depression finden sich Dysthymie durchaus häufig.

12.3 Angst

Der zweite große Komplex psychischer Störungen im Zusammenhang mit Mobbing ist Angst. Als menschliche Grunderfahrung wie auch als psychopathologisches Symptom ist sie ubiquitär. Angststörungen können nach verschiedenen Gesichtspunkten eingeteilt werden: Am gängigsten ist eine Einteilung in Störungen mit frei flottierender und Störungen mit objekt- oder situationsbedingter Angst. Außerdem werden akute Angstanfälle und chronische Angstverläufe unterschieden. Allen Angststörungen ist gemeinsam, dass die Angst einen überschießenden Charakter hat und bezüglich Auslöser, Intensität und Dauer von einer zu erwartenden, »normalen« Angst abweicht.

12.3.1 Reaktive Angststörung (F43.22)

Der Angst als Reaktion auf äußere Ereignisse wurde in der ICD-10 die Depression zur Seite gestellt, korrekt heißt diese Diagnose »Angst und depressive Reaktion gemischt«. Eine ausschließlich durch Angst gekennzeichnete Anpassungsstörung ist in der ICD-10 nicht vorgesehen. Wir haben hier die »Schwesterdiagnose« zur oben besprochenen depressiven Reaktion vor uns. Nach den ICD-10-Kriterien dauert eine Anpassungsstörung (mit Ausnahme der längeren depressiven Reaktion) höchstens sechs Monate, wobei allerdings durchaus die Gefahr einer Chronifizierung besteht.

Verschlüsselt man nach ICD-10, F43.22 so hat man vor allem die ätiologische Zuordnung einer psychopathologischen Symptomatik zu einem auslösenden Ereignis im Blick. Insofern bietet diese Diagnose eine gute Gelegenheit, im Falle von Mobbing die psychische Störung und den schweren Arbeitsplatzkonflikt zu verknüpfen. Ähnlich wie bei den anderen Anpassungsstörungen (z. B. der oben besprochenen reaktiven Depression) bietet sich hier auch die Vergabe mehrerer Diagnosen an, wobei die Anpassungsstörung die »ätiologische Klammer« zwischen Mobbing und Erkrankung darstellt.

Ich halte dieses Vorgehen für unbedenklich, da sich diese Diagnosegruppe durch eine insgesamt sehr schlechte Studienlage auszeichnet, sodass äußerst

unklar ist, wie stabil und nachhaltig die in diesen Diagnosen beschriebenen Einheiten psychopathologischer Auffälligkeiten überhaupt als Entitäten beschrieben werden können. Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, sich dieser Diagnosen zu bedienen, um auf etwas hinzuweisen, nämlich eine ätiologische Zuordnung. Dieses Prinzip sollte allerdings dann auch überall dort ausführlich erklärt werden, wo es gerade auf die Beurteilung der ursächlichen Wirkung von Mobbing auf die psychische Störung des Patienten ankommt. Grund hierfür ist die Zuordnung der ICD-10, die Anpassungsstörungen als leichte psychische Störungen ansieht. Der Hinweis, dass die im Einzelfall diagnostizierte Anpassungsstörung nur der ätiologischen Verklammerung zwischen Ursache (Mobbing) und Wirkung (psychische Störung) dient und keinesfalls als leicht einzustufen ist, ist in solchen Fällen sehr wichtig, um Missverständnisse zu vermeiden.

Die Diagnose »Angst und depressive Reaktion gemischt« setzt also ein Nebeneinander beider Syndrome voraus, wobei keines eindeutig überwiegen sollte.

Die Diagnose »Angst und depressive Reaktion gemischt« wird bei Mobbing-Patienten sicher häufig zu stellen sein.

12.3.2 Panikstörung (F41.0)

Diese auch als episodisch paroxysmale Angst bezeichnete Störung besteht in wiederkehrenden schweren **Angstattacken** (Panikattacken), die sich nicht auf eine spezifische Situation beschränken und deshalb kaum vorhersehbar sind. Typische Symptome sind Herzklopfen, Brustschmerz, Schwindel, Derealisation und Depersonalisation und die Angst, entweder zu sterben oder verrückt zu werden. Manchmal dauern diese Attacken nur Minuten, meist aber deutlich länger. Nach einer Panikattacke besteht oft ein Gefühl der Erschöpfung.

Für die Diagnosestellung gelten folgende Regeln:

- Die Panikattacke tritt in einer Situation auf, in der keine objektive Gefahr besteht.
- Das Auftreten ist nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt.
- Zwischen den Attacken gibt es weitgehend angstfreie Zeiträume (wobei Erwartungsangst häufig ist).

Treten die Angstanfälle streng situationsgebunden auf, so sollte die Diagnose einer **Phobie** gestellt werden.

Panikattacken gehören zu den von Patienten als äußerst belastend geschilderten psychopathologischen Phänomenen. Gerade die fehlende Vorhersehbarkeit verstärkt oft im Verlauf massive Rückzugstendenzen und sekundäre Ängste, z. B. wird nicht selten Alleinsein vermieden. Panikattacken führen häufig zur Inanspruchnahme akutmedizinischer Angebote (»Notarzt«), vor allem bevor die Diagnose einer Panikstörung gestellt wurde. Mit zunehmender Kenntnis des Krankheitsbildes und Verständnis für die physiologischen Hintergründe des sogenannten »Angstkreislaufs« nimmt die Frequenz der notfallmäßigen ärztlichen Interventionen deutlich ab.

Fallbeispiel

Adriane F., 35 Jahre, ist Lehrerin an einem Gymnasium. Seit sie nach ihrem Erziehungsurlaub wieder begonnen hat zu arbeiten, sah sie sich zunehmenden Anfeindungen einer Gruppe von Kollegen ausgesetzt, die die sehr schwache Schulleiterin nicht unterband. Zunehmend traten eindeutige Mobbing-Handlungen auf wie Sabotageakte des Unterrichtes, aber auch ein massiver Anstieg von Internet-Attacken auf Adriane auf Websites, die eigentlich von Schülern besucht werden, bei denen Adriane aber den dringenden Verdacht hatte, dass die anonymen Einträge von ihren Kollegen stammten, da teilweise Interna Verwendung fanden, die die Schüler nicht kennen konnten. Adriane reagierte auf diese Vorkommnisse sehr erschreckt, hatte sich jedoch vorgenommen, nicht »klein beizugeben«. Zunehmend aber fiel ihr der Unterricht schwerer und sie musste sich arg konzentrieren, um nicht aus der Rolle zu fallen. Mehr und mehr fühlte sie sich erschöpft, nach der Schule hatte sie kaum mehr Energie, um ihre Freizeit zu gestalten. Es traten Schlafstörungen auf. Hiergegen wollte sich Adriane ein pflanzliches Mittel aus der Apotheke holen. Als sie in den engen Räumlichkeiten der kleinen Apotheke etwas warten musste, wurde es ihr »plötzlich anders«. Sie fühlte sich schwindelig und hatte das Gefühl, sie könne nicht mehr richtig atmen. Plötzlich schlug ihr das Herz »bis zum Hals« und sie bekam Schmerzen in der Brust. Sie hatte Angst, einen Herzinfarkt zu bekommen und der Schweiß brach ihr aus. Das alles ereignete sich innerhalb einer Minute. Adriane konnte sich gerade noch an der Theke der Apotheke abstützen, sonst wäre sie hingefallen. Sie bat den Apotheker, einen Notarzt zu holen, hielt es aber nicht mehr in der Enge der Apotheke aus, sondern stürzte auf die Straße.

Adriane kam notfallmäßig in eine Klinik und wurde drei Tage lang stationär untersucht. Ein pathologischer Befund konnte nicht erhoben werden, sodass die Ärzte Adrianes Zustand als Panikattacke interpretierten. In der Folgezeit hatte Adriane weitere Attacken in den unterschiedlichsten Situationen, einmal auch nachts im Bett.

Durch die zügig einsetzende fachärztliche medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung sistierten die Panikattacken völlig. Adriane war lange Zeit arbeitsunfähig. Es kam schließlich zu einem Schulwechsel, nach dem sich der Gesundheitszustand von Adriane wieder normalisierte.

Typisch an Adrianes Beispiel ist zum einen das unerwartete Auftreten der Panikattacke an einem beliebigen Ort. Viele Patienten beschreiben eine Häufung von Angstanfällen in engen Räumen, vor allem wenn viele Menschen anwesend sind.

Weiterhin sieht man gehäuft Panikattacken vor dem Hintergrund eines Erschöpfungszustandes, so wie in Adrianes Fall. Zunehmende **Erschöpfung** erhöht also die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Panikattacken, vor allem wenn der Patient sich die Schonung nicht gönnt, die zur Erholung erforderlich ist.

Wie schon erwähnt, bildet sich im Verlauf einer Panikstörung mit wiederholtem Auftreten der Angstattacken häufig eine **Erwartungsangst** aus, die ein weitreichendes Vermeidungsverhalten nach sich ziehen kann. Dies betrifft sowohl den sozialen Aspekt der Lebensführung (Alleinsein wird vermieden) als auch andere Bereiche (z. B. übermäßige körperliche Schonung).

Bei Mobbing-Patienten wird das Auftreten einer Panikstörung häufig beobachtet.

12.3.3 Generalisierte Angststörung (F41.1)

Während bei der Panikstörung Angstanfälle die Symptomatik prägen, ist es bei der generalisierten Angststörung eine frei flottierende, nicht anfallsartig auftretende Angst, die ebenfalls nicht an bestimmte Situationen gebunden ist. Vielmehr erscheint das ganze Leben als gefährlich und im negativen Sinne unkontrollierbar. Dadurch beschäftigen sich die Patienten mit dieser Diagnose ständig mit dem Abwägen aller möglichen Risiken und leben meist in einem Zustand ständiger Anspannung und Besorgnis. Im Volksmund wird diese Störung zutreffend als »**Sorgenkrankheit**« bezeichnet. Auch bei dieser Diagnose finden sich viele Patienten mit erhöhtem **Neurotizismus-Score** (s. Kap. 8.2, S. 101).

Die generalisierte Angststörung kann man deshalb als die »**ängstliche Schwester der Dysthymie**« bezeichnen – und in der Tat besteht eine hohe Komorbidität zwischen diesen beiden Diagnosen. In gleicher Weise wie bei der Dysthymie muss auch der Zusammenhang von Mobbing und generalisierter Angststörung gesehen werden. Meist besteht diese Angststörung in Ansätzen schon seit Kindheit und Jugend. Sie prägt sowohl das Verhalten als auch die Erwartungshaltung in sozialen Beziehungen. Der Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz des generalisierten Ängstlichen ist meist durch »Vermeiden und Fliehen« geprägt (s. Kap. 8.4, S. 103 f). Da die Sorgen gleichzeitig ständig darum kreisen, welche Probleme im Falle eines Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis auf ihn zukommen, wird ein Patient mit dieser Störung dann im Endeffekt doch viel zu lange im Mobbing-Konflikt verharren und Vermeidungsstrategien anwenden. Viele Patienten mit einer generalisierten Angststörung entsprechen in ihrem Auftreten dem Pränanztyp »Der Furchtsame« (s. Kap. 8.5.4, S. 113 ff).