

Je klarer ich ein Problem benenne, umso klarer kann ich Lösungen dafür finden

Die Diplom-Psychologin Dr. Eva-Maria Groh untersucht im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) die Wirksamkeit von Angst-Selbsthilfegruppen und der Arbeit der Münchner Angst-Selbsthilfe (MASH). Dazu führt sie mit Mitgliedern der MASH-Gruppen umfangreiche diagnostische Interviews durch. Im Gespräch mit der daz-Redaktion erklärt sie, warum eine gründliche Diagnostik so wichtig ist – und was die Diagnostik psychischer Erkrankungen mit dem „Harry-Potter-Phänomen“ zu tun hat.

Wozu braucht man Diagnosen überhaupt?

Das Diagnosesystem an sich benutzen wir einerseits, um den Dingen einfach Namen geben zu können. Das erleichtert die Kommunikation: sowohl zwischen Therapeut und Patient, als auch zwischen Fachleuten. Wenn ein Patient von seinem Psychiater zum Psychologischen Psychotherapeuten geschickt wird und z. B. die klare Diagnose ‚Soziale Phobie‘ „mitbringt“, dann weiß der Therapeut sofort, was Sache ist. Der zweite wichtige Grund ist: Wir brauchen eine Diagnose für die Krankenkassen, um z. B. einen Therapieantrag stellen zu können. Und wir brauchen Diagnosen auch für die Behandlung: Je nach Diagnose muss ich Konsequenzen für die Therapie ziehen. Ebenfalls wichtiger Grund ist, dass die Diagnose – und die Information des Patienten über die Diagnose – natürlich die Eigenverantwortlichkeit der Patienten fordert, aber auch unterstützt. Wenn ich als Patient weiß, welchen Namen mein Problem hat, was dazu „gehört“, dann kann ich mich noch besser informieren, noch besser dagegen vorgehen.

Wirken Diagnosen auf Angstpatienten eher beruhigend oder ängstigend?

Leider kommt beides vor. Das hängt einerseits vom Patienten selber ab, wie er damit umgeht. Manche Menschen beruhigt es, möglichst viel zu wissen. Andere wollen lieber nicht so viel erfahren, vertrauen mehr auf den Arzt oder Therapeuten. Das ist eine Typ-Frage. Zum anderen hängt es aber auch vom behandelnden Arzt ab: Wenn er gut erklären kann, was die Diagnose bedeutet und dem Betroffenen klarmacht, was für Möglichkeiten eine Therapie bietet – aber auch, wo die Grenzen des Machbaren sind – kann das sehr gut helfen, zu beruhigen. Wir nennen das „Transparenz“ gegenüber dem Patienten zeigen.

Jedes MASH-Gruppenmitglied, das bei Ihrer Studie mitmacht, bekommt eine ausführliche Diagnose gestellt?

Ja, das ist richtig. Allerdings ist die Teilnahme an der Studie ja freiwillig. Und auch die Rückmeldung haben wir den MASH-Gruppenmitgliedern freigestellt. Man kann, muss aber nicht erfahren, wie das Ergebnis lautet.

Das entspricht dem, was der Teilnehmer als Diagnose auch bei einem Arzt oder einem Psychotherapeuten bekommt?

Könnte sein, muss aber nicht. Die Instrumente, die hier im Rahmen dieses Forschungsprojekts eingesetzt werden, sind die gängigsten, die in Kliniken, in therapeutischen Praxen, bei Psychiatern ebenfalls eingesetzt werden bzw. werden könnten. Sozusagen derzeitiger „state of the art“. Aber leider berichten immer wieder Teilnehmer, dass sie zwar schon Klinik- und auch Therapieerfahrung haben, aber so eine gründliche Diagnostik noch nie erlebt haben.

Welche „Instrumente“ sind denn das?

Wir benutzen eine ganze Reihe von Fragebögen, die sich u.a. mit Angstsymptomen – denn das Thema Angst ist für die Münchner Angst-Selbsthilfe ja zentral – aber auch allgemeinem Befinden befassen. Zum Beispiel den Fragebogen BAI (Beck-Angst-Inventar) oder den BSI (Brief Symptom Inventory). Aber, da in der Angstselbsthilfe ja der Gedanke der Ressourcenstärkung sehr wichtig ist, auch den FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit) oder den RES (Ressourcenfragebogen). Die wichtigsten zwei Instrumente aber sind einmal das IPDE (International Personality Disorder Examination). Das ist ein standardisiertes Interview, mit dem sich Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren lassen. Das zweite diagnostische Instrument nennt sich DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen). Damit kann man „bekanntere“ psychische Krankheiten wie Ängste oder Depressionen diagnostizieren.

Dass bei einer Angst-Selbsthilfegruppe Ängste abgefragt werden ist klar. Aber warum Persönlichkeitsstörungen?

Es ist natürlich auch sehr interessant zu untersuchen, welche Art von Charakter, welche Art von Persönlichkeiten sich in einer Selbsthilfegruppe wiederfinden. Und inwieweit gerade der Selbsthilfegedanke vielleicht in der Lage sein könnte, die Persönlichkeit positiv zu beeinflussen, den Mitgliedern also die Chance bietet, ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Geht es jetzt um Persönlichkeitsstile oder Persönlichkeitsstörungen?

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, hier verändern sich gerade Wortgebrauch und Philosophie. Das alte Bild, Persönlichkeits-„Störungen“ als etwas sehr Negatives, als etwas Unveränderbares zu sehen, gilt in der heutigen Diskussion so nicht mehr. Wir verwenden zwar weiterhin den Begriff der Persönlichkeitsstörung. Der neue Aspekt aber ist die Veränderbarkeit. Mein Persönlichkeitsstil ist ein Verhaltensmuster, das ich irgendwann ausgebildet habe, weil es für mich sinnvoll war. Problematisch wird es dann, wenn dieses Muster auf meine heutige Situation nicht mehr passt und mir im Hier und Jetzt mehr Probleme als Hilfe schafft. Dann bekommt es einen Krankheitscharakter und wird zur „Persönlichkeitsstörung“. Das heißt aber nicht, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ein unveränderliches Urteil und mein Schicksal damit festgelegt ist. Mit der richtigen Art von Therapie kann ich meine Verhaltensweisen und Reaktionsmuster entsprechend verändern.

Gibt es schon erste Ergebnisse der Studie?

Wir stehen noch mitten in der Erhebungsphase und sammeln erst noch Daten. Was aber schon zu beobachten ist: Die meisten Teilnehmer bekommen tatsächlich primär eine Angstdiagnose. Was man also schon jetzt grob sagen kann ist, dass die Leute, die in die Angstselbsthilfe-Gruppen kommen, hier an der richtigen Stelle sind. MASH spricht genau die Zielgruppe an, die auch angesprochen werden soll. Bezogen auf Persönlichkeitsstörungen sind bisher nicht wirklich mehr solcher Diagnosen unter den Gruppenmitgliedern zu beobachten, als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu erwarten gewesen wäre.

Gibt es Arten von Persönlichkeitsstörungen, die bei Angstpatienten wahrscheinlicher sind?

Ja, es gibt definitiv Persönlichkeitsstörungen, die mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit einer Angststörung einhergehen können. Tendenziell haben mehr Menschen mit ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren Persönlichkeitszügen zugleich auch eine Angstproblematik. Beides kann gut zusammenpassen. Dasselbe gilt auch, wenn es in eine zwanghaft-kontrollierende Richtung geht. Der Hintergrund ist: Wenn ich kontrolliere, ständig auf Nummer sicher gehe, alles doppelt und dreifach checke, kann ich meine Angst für eine gewisse Zeit unter Kontrolle halten. Klar ist andererseits auch, dass bei Menschen mit einer Angstthematik die Tendenz, in eine aggressive oder anti-soziale Richtung zu gehen, nicht so weit verbreitet

INTERVIEW MIT

Dr. Eva-Maria Groh



Foto: privat

ist Diplom-Psychologin; Studium der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München (2002-2007), Schwerpunkte: Familienpsychologie und Klinische Entwicklungspsychologie; Promotion (2007-2010) zum Thema Traumafolgestörungen bei Pflegekindern; seit 2009 bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin; Themenschwerpunkte: Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

ist. Weil sie vom Charakter her nicht so draufgängerisch, so aggressiv sind, sondern eher zurückhaltend.

Wie kann man denn unterscheiden, ob jemand z. B. unter einer Sozialen Phobie oder einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leidet?

Das ist eine sehr gute und wichtige Frage. Denn die Kriterien, die z. B. für die Soziale Phobie und die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung gelten, sind sich teilweise auf den ersten Blick schon ähnlich. Um bei diesem Beispiel zu bleiben: Im Fall der Sozialen Phobie haben Betroffene oft sehr klare Situationen oder Bereiche, die Angst auslösen; etwa kann jemand nicht gut mit Autoritäten sprechen und auch nicht Nein sagen, hat aber keinerlei Probleme damit, Small Talk in der U-Bahn zu beginnen. Leidet jemand unter einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, so ist die Ängstlichkeit eher allgemein und auf unterschiedlichste Situationen ausgeweitet. Auch die eigene Bewertung kann einen Hinweis geben. Der Sozialphobiker erlebt seine Ängste als störend und nicht als Teil der eigenen Persönlichkeit (wir nennen das ich-dyston); der ängstlich-vermeidende Patient erkennt seine Muster ein Stück weit mehr als die eigenen an (ich-synton), nur machen sie eben aktuell Probleme.

Kann es sein, dass da öfter falsch diagnostiziert wird?

Dass man eine Soziale Phobie als Diagnose vergibt, obwohl es eine Persönlichkeitsstörung ist? Was durchaus vorkommen kann ist, dass man eine Soziale Phobie diagnostiziert und es dann unterlässt, sicherheitshalber auch noch die Persönlichkeitsstörung abzuklären. Weil man glaubt, eine klare Diagnose zu haben und sich nicht mehr die Mühe macht, weiter zu diagnostizieren.

Menschen mit einer Sozialen Phobie müssen aber nicht zwangsläufig eine entsprechende Persönlichkeitsstörung haben. Beides ist nicht zwingend gekoppelt. Und gerade weil die Unterscheidung so haarfein getroffen werden muss, ist professionelle Diagnostik mit guten Instrumenten so wichtig.

Wie verlässlich sind denn die Diagnosen, die ich beim Arzt bekomme?

Über die Verlässlichkeit von medizinischen Diagnosen etwa beim Hausarzt kann ich als Psychologin keine Aussagen machen. Klar ist: Auch Hausärzte können Symptome z. B. einer Depression erkennen. Und der Hausarzt ist nun mal oft die erste Anlaufstelle, die erste Vertrauensperson. Es ist aber dennoch hilfreich, von einem noch anders geschulten Experten – wie einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Psychiater – eine gründliche Diagnostik vornehmen zu lassen. Dieser sollte dazu natürlich auch die entsprechenden Werkzeuge – die diagnostischen Interviews, von denen wir vorhin gesprochen haben – verwenden.

Wie wirkt sich die Diagnose einer psychischen Erkrankung auf das Selbstbild von Angstpatienten aus?

Das kann ganz unterschiedlich sein. Für einige ist es eine große Erleichterung. Sie haben endlich Klarheit: Jetzt weiß ich, dass ich mir das nicht einbilde, dass das Ganze einen Namen hat. Für die wenigsten ist es etwas, das sie in eine große Krise fallen lässt. Allerdings ist es schon so, dass es in unserer Gesellschaft gerade bei psychischen Krankheiten immer noch schwierig ist, sich diese einzugestehen. Bei einem Beinbruch ist es allgemein in Ordnung, krank zu sein. Es ist aber leider immer noch viel weniger akzeptiert, psychisch krank zu sein, eine Depression oder Angststörung zu haben. Das ins eigene Selbstbild einzubauen – wirklich krank zu sein – kann schon ein bisschen dauern.

Das Wort Persönlichkeitsstörung zum Beispiel klingt ja auch ziemlich negativ ...

Dem Begriff haftet eine Stigmatisierung an, das stimmt. Die meisten Leute denken dabei automatisch an eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das ist etwas, was vielen Angst macht. Etwas, was sie vielleicht auch nicht kennen, nicht richtig verstehen, bzw. etwas anderes damit meinen als wir Fachleute. Das Bild gerade dieser Krankheit ist in der Öffentlichkeit und auch in den Medien nicht immer zutreffend dargestellt. Das schafft Vorurteile. Und die gelten dann auch für alle anderen Persönlichkeitsstörungen, ja für psychische Krankheiten überhaupt. Es ist bedauerlicherweise ein bisschen so wie mit Lord Voldemort bei Harry Potter: Alle vermeiden es, von Voldemort zu sprechen, weil der so schrecklich ist und alle Angst vor ihm haben. Keiner erwähnt auch nur seinen Namen. Dieses Harry-Potter-Phänomen ist leider auch manchmal zu beobachten, wenn es um psychische Probleme geht: Wir tanzen um den heißen Brei herum, wir benennen das Problem nicht klar, weil es ja so „schrecklich“ wäre, wenn wir es aussprechen würden. Aber was ich nicht benenne, wo ich

mich nicht hinzugucken traue, das kann unter Umständen noch sehr viel mehr Angst machen. Wenn ich dagegen sage: Das Hinschauen wird vielleicht unangenehm werden. Aber dann habe ich Klarheit – dann kann ich mir das Problem mit allen Vor- und Nachteilen genau anschauen. Und das Hilfreiche ist, dass man ja nie alleine hinschauen muss. Man hat immer seinen Therapeuten dabei. Denn: Bringt mir eine Halbwahrheit wirklich etwas? Je klarer ich diagnostiziere, je klarer ich das Problem benenne, umso klarer kann ich Lösungen dafür finden. Das ist etwas, was leider noch nicht astrein funktioniert, da brauchen wir mehr Selbstkritik, auch auf Expertenseite.

Warum das denn?

Wenn man sich mal die Zahlen entsprechender Forschungen ansieht: Bis zu 40 Prozent der Diagnosen im Bereich der psychischen Erkrankungen sind falsch. Das ist fast die Hälfte. Das heißt, fast die Hälfte unserer Patienten läuft mit einer falschen Diagnose herum!

Und woher kommt das?

Vor allem von diesen sogenannten Bauchdiagnosen. Manche Krankheiten haben ja ganz typische, dramatische Symptome. Ritzen zum Beispiel. Bei vielen Borderline-Patienten kommt diese Selbstverletzungs-Komponente vor. Selbstverletzung kann aber auch bei anderen Krankheiten ein Symptom sein. Was nun Menschen gerne machen – und das gilt auch für uns Experten – ist, vorschnell zu folgern: „Ah, das ist ja typisch! Du ritzt dich, also musst du Borderliner sein.“ Um die Gefahr auszuschließen, auf dieser oberflächlichen Ebene zu bleiben, sollte unbedingt eine tiefere Diagnostik durchgeführt werden.

Als Patient sollte ich also darauf achten, dass erst einmal eine gründliche Diagnostik gemacht wird, bevor ich eine Therapie beginne?

Ja, aber das ist natürlich etwas, das für die meisten Patienten schwierig ist. Viele kommen ja erst in die Therapie, wenn es schon recht schlimm ist. Zunächst versucht man ja oft, sich selbst zu helfen. Erst wenn man merkt, es geht wirklich nicht, sucht man professionelle Hilfe. Dann ist man aber vielleicht schon am Ende seiner Kräfte. In dieser Situation ist es schwierig, darauf zu beharren, erst einmal drei Sitzungen lang eine genaue Diagnostik zu machen. Oder sogar noch einmal zu einem zweiten Therapeuten zu gehen, um die Diagnose abklären und überprüfen zu lassen. Das ist natürlich anstrengend, und die Frage ist: Habe ich in dieser Situation wirklich die Kraft und die Energie dazu?

Wie sollte es denn optimal laufen?

Optimal würde es so laufen: Ich gehe mit meinem Problem zu einem Experten, der mit mir zwei, drei Stunden Diagnostik macht. Anschließend gibt er mir sehr klar eine Rückmeldung darüber, was dabei herausgekommen ist und diskutiert auch mit mir darüber. Er fragt nach: „Finden Sie das passend? Finden Sie sich da wieder?“ Und dann legt er mit mir fest, was für Ziele

die Therapie haben soll. Wenn man sich einig wird, welche Ziele erreicht werden sollen, kann es mit der Therapie erst richtig losgehen.

Und wenn der Patient sagt: Nein, ich finde, die Diagnose passt nicht?

Das ist ... (*überlegt kurz*) das ist eigentlich sogar sehr gut! Denn damit wird der Therapeut herausgefordert, noch einmal genauer hinzuschauen. Noch genauer herauszubekommen, wo der Patient hin möchte. Vielleicht zu überlegen, an welchen Stellen man nicht genau genug nachgefragt oder zugehört hat. Ich als Therapeut bin ja Dienstleister. Ich bin darauf angewiesen, dass ich von meinen Patienten klare Wünsche und Therapieziele genannt bekomme. Natürlich weiß die nicht gleich jeder Patient. Als Therapeut habe ich auch die Aufgabe, dabei zu helfen, die richtigen Ziele finden zu können. Es sollte dabei immer ein Dialog stattfinden.

Ich bekomme als Patient also keinen Stempel verpasst mit der Diagnose, sondern soll darüber auch diskutieren?

Es ist wichtig, von dieser Vorstellung wegzukommen: Ich habe eine bestimmte Diagnose und damit einen bestimmten Stempel verpasst bekommen. Und mehr dahin zu gehen, zu sagen: Ich erfülle im Moment bestimmte Kriterien, die alle zusammen eine bestimmte Diagnose ergeben.

Menschen sollen nicht auf Diagnosen hin passend gemacht werden, sondern Diagnosen auf den Menschen hin?

Stimmt genau. Weder Kriterien noch Diagnosen noch Menschen sollen verbogen werden. Wenn es passt, dann passt es. Wenn nicht, dann muss ich noch genauer hinschauen und herausfinden, was übersehen wurde. Denn: Der Patient hat ein Problem, unter dem er leidet, sonst wäre er nicht bei mir. Und vor allen Dingen sollte die Therapie auf den Menschen hin passend gemacht werden! Die Diagnose ist für uns eine Krücke, um zur richtigen Therapie zu kommen. Die Diagnose ist unter keinen Umständen etwas, in das ich als Therapeutin den Patienten hineinzwängen möchte.

Also kein Schubladendenken?

Nicht mehr. Das gab es mal, und da gab es sehr rigide Schubladen. Aber auch das hat sich verändert.

Das erfordert alles einen sehr mündigen Patienten ...

Ja. Und wenn der Patient sagt, dass er noch nicht so weit ist, dann ist es auch gut. Dann ist es mit die Aufgabe des Therapeuten, den Patienten auf dem Weg dahin zu begleiten. In der Therapie geht es um Weiterentwicklung und Wachstum – auf sehr vielen unterschiedlichen Ebenen.