

Teil I

Konzeptionelle Fragen

Einleitung zu Teil I

Die folgenden sechs Kapitel enthalten eine Begründung für die Charakterdiagnose, einen Überblick über einige wichtige psychoanalytische Theorien und ihre jeweiligen Beiträge zu Modellen der Persönlichkeitsstruktur, eine Erkundung individueller Unterschiede, die weithin als Verkörperung verschiedener Reifungsherausforderungen verstanden werden, Kommentare zu den therapeutischen Implikationen solcher Fragen und eine Darstellung von Abwehrmechanismen in Bezug auf die Charakterstruktur. Zusammen bieten diese Kapitel eine Möglichkeit, über die Konsistenzen in einem Individuum nachzudenken, die wir als seine oder ihre Persönlichkeit betrachten.

Dieser Abschnitt gipfelt in der Darstellung der diagnostischen Möglichkeiten entlang eines zweiachsigen Rasters. Obwohl dieses Schema, wie jeder Versuch einer Verallgemeinerung, sowohl willkürlich als auch stark vereinfacht ist, habe ich es als nützlich empfunden, um Therapeuten in zentrale dynamische Formulierungen und deren klinischen Wert einzuführen. Ich glaube, dass diese Art der Persönlichkeitskonstruktion in einem Großteil der psychoanalytischen Literatur implizit enthalten ist. Gelegentlich wurde eine ähnliche Formulierung explizit gemacht (z.B. M. H. Stone, 1980, der auch eine Achse für genetische Tendenzen einbezog). Andere Analytiker haben andere visuelle Darstellungen der diagnostischen Möglichkeiten geliefert (z.B. Blanck & Blanck, 1974, S. 114–117; Greenspan, 1981, S. 234–237; Horner, 1990, S. 23; Kernberg, 1984, S. 29; Kohut, 1971, S. 9).

Vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten haben Forscher, die sich mit Kleinkindern, Beziehungsmustern, Traumata und Neurowissenschaften befassen, neue Denkansätze für Persönlichkeitsunterschiede entwickelt. Mein Diagramm kann viele ihrer Erkenntnisse aufgreifen, aber einige Konzeptualisierungen, die aus zeitgenössischen empirischen Studien hervorgegangen sind, stellen deutlich andere Blickwinkel dar. Mein Ziel ist es nicht, andere Organisationen von Entwicklungs-, Struktur- und Temperamentskonzepten anzufechten, sondern ein synthetisiertes und gestrafftes Bild für Neulinge auf diesem verwirrenden Gebiet anzubieten.

1 Warum eine Diagnose?

Für viele Menschen, auch für manche Therapeuten, ist »Diagnose« ein Schimpfwort. Wir alle haben den Missbrauch von psychodiagnostischen Formulierungen erlebt: Die komplexe Person wird vom Interviewer, der Angst vor Ungewissheit hat, leichtfertig zu stark vereinfacht; die gequälte Person wird vom Kliniker, der den Schmerz nicht ertragen kann, sprachlich distanziert; die problematische Person wird mit einem pathologisierenden Etikett bestraft. Rassismus, Sexismus, Heterosexismus, Klassendiskriminierung und zahlreiche andere Vorurteile können durch die Nosologie leicht verstärkt werden (und wurden es auch oft). In den Vereinigten Staaten, wo die Versicherungsgesellschaften für bestimmte diagnostische Kategorien eine bestimmte Anzahl von Sitzungen vorschreiben, oft unter Missachtung des Urteils des Therapeuten, ist der Bewertungsprozess besonders anfällig für Korruption.

Ein Einwand gegen die Diagnosestellung ist die Ansicht, dass diagnostische Begriffe zwangsläufig abwertend sind. Paul Wachtel (persönliche Mitteilung, 14. März 2009) bezeichnete Diagnosen zum Beispiel kürzlich als »Beleidigungen mit einem ausgefallenen Stammbaum«. Jane Hall schreibt, dass »Etiketten für Kleidung sind, nicht für Menschen« (1998, S. 46). Erfahrene Therapeuten machen oft solche Bemerkungen, aber ich vermute, dass es für sie in ihrer eigenen Ausbildung hilfreich war, eine Sprache zu haben, die individuelle Unterschiede und ihre Auswirkungen auf die Behandlung verallgemeinert. Wenn man einmal gelernt hat, klinische Muster zu sehen, die seit Jahrzehnten beobachtet werden, kann man das Buch wegwerfen und die individuelle Einzigartigkeit genießen. Diagnostische Begriffe können objektivierend und beleidigend verwendet werden, aber wenn es mir gelingt, individuelle Unterschiede respektvoll zu vermitteln, werden die Leser keine diagnostischen Begriffe rekrutieren, um sich anderen gegenüber überlegen zu fühlen. Stattdessen werden sie über eine rudimentäre Sprache verfügen, um sich verschiedene subjektive Möglichkeiten zu vergegenwärtigen, was ein entscheidender Aspekt sowohl des persönlichen als auch des beruflichen Wachstums ist.

Der Missbrauch der Diagnosesprache lässt sich leicht nachweisen. Dass etwas missbraucht werden kann, ist jedoch kein legitimes Argument, es zu verwerfen. Im Namen ehrenwerter Ideale – Liebe, Patriotismus, Christentum, was auch immer – kann alles Mögliche an Bösem angerichtet werden, und zwar nicht wegen der ursprünglichen Vision, sondern wegen ihrer Perversion. Die wichtigste Frage ist: Erhöht die sorgfältige, nicht missbräuchliche Anwendung psychodiagnostischer Konzepte die Chancen eines Klienten, dass ihm geholfen wird?

Es gibt mindestens fünf miteinander zusammenhängende Vorteile des diagnostischen Unternehmens, wenn es sensibel und mit angemessener Ausbildung

durchgeführt wird: (1) seine Nützlichkeit für die Behandlungsplanung, (2) seine Auswirkungen auf die Prognose, (3) sein Beitrag zum Schutz der Nutzer psychosozialer Dienste, (4) sein Wert, der es dem Therapeuten ermöglicht, Empathie zu vermitteln, und (5) seine Rolle bei der Verringerung der Wahrscheinlichkeit, dass bestimmte leicht verängstigte Menschen vor der Behandlung fliehen. Darüber hinaus hat der diagnostische Prozess noch weitere Vorteile, die indirekt die Therapie erleichtern.

Mit dem diagnostischen Prozess meine ich, dass die ersten Sitzungen mit einem Klienten – außer in Krisensituationen – dazu dienen sollten, umfassende objektive und subjektive Informationen zu sammeln. Ich selbst habe die Angewohnheit (siehe McWilliams, 1999), mich in der ersten Sitzung mit einem Patienten mit den Einzelheiten des vorliegenden Problems und seinem Hintergrund zu beschäftigen. Am Ende dieser Sitzung prüfe ich, ob die Person mit der Aussicht auf eine Zusammenarbeit einverstanden ist. Dann erkläre ich, dass ich das Problem besser verstehen kann, wenn ich es in einem größeren Zusammenhang sehe, und ich lasse mir das Einverständnis geben, bei unserem nächsten Treffen eine vollständige Anamnese zu erstellen. In dieser Sitzung weise ich erneut darauf hin, dass ich viele Fragen stellen werde, bitte um die Erlaubnis, vertrauliche Notizen zu machen, und sage, dass es dem Klienten freisteht, Fragen, die ihm unangenehm sind, nicht zu beantworten (was selten vorkommt, aber die Menschen scheinen diese Bemerkung zu schätzen).

Ich bin nicht überzeugt von dem Argument, dass das bloße Zulassen der Entwicklung einer Beziehung ein Klima des Vertrauens schafft, in dem alles relevante Material schließlich an die Oberfläche kommen wird. Wenn der Patient sich dem Therapeuten erst einmal nahe fühlt, wird es für ihn vielleicht schwieriger, und nicht leichter, bestimmte Aspekte seiner persönlichen Geschichte oder seines Verhaltens anzusprechen. Die Treffen der Anonymen Alkoholiker (AA) sind voll von Menschen, die jahrelang in Therapie waren oder eine Schar von Fachleuten konsultiert haben, ohne jemals nach dem Drogenkonsum gefragt worden zu sein. Für diejenigen, die eine diagnostische Sitzung mit Bildern von Autoritarismus und Selbstherrlichkeit assoziieren, möchte ich betonen, dass es keinen Grund gibt, warum ein ausführliches Gespräch nicht in einer Atmosphäre des aufrichtigen Respekts und der Gleichberechtigung geführt werden kann (vgl. Hite, 1996). Die Patienten sind in der Regel dankbar für die professionelle Gründlichkeit. Eine Frau, die ich befragte und die bereits mehrere Therapeuten aufgesucht hatte, bemerkte: »Noch nie hat sich jemand so sehr für mich interessiert!«

Psychoanalytische Diagnose versus deskriptive psychiatrische Diagnose

Mehr noch als zu der Zeit, als ich die erste Auflage dieses Buches schrieb, ist die deskriptive psychiatrische Diagnose, die Grundlage der DSM- und ICD-Systeme,

normativ geworden – so sehr, dass das DSM regelmäßig als die »Bibel« der psychischen Gesundheit bezeichnet wird und Studenten darin ausgebildet werden, als ob es einen selbstverständlichen epistemischen Status besäße. Obwohl die inferentielle/kontextuelle/dimensionale/subjektiv abgestimmte Diagnose neben der deskriptiven psychiatrischen Diagnose bestehen kann (Gabbard, 2005; PDM Task Force, 2006), ist die in diesem Buch beschriebene Art der Beurteilung eher die Ausnahme als die Regel. Ich betrachte diesen Zustand mit Sorge. Lassen Sie mich in Bezug auf das DSM kurz meine Vorbehalte gegenüber deskriptiven und kategorialen Diagnosen erwähnen. Einige dieser Vorbehalte werden vielleicht mit dem Erscheinen des DSM-5³ ausgeräumt, aber ich gehe davon aus, dass die allgemeinen Folgen der Tatsache, dass wir uns seit 1980 auf eine kategoriale, eigenschaftsbasierte Taxonomie verlassen haben, noch einige Zeit anhalten werden.

Erstens fehlt im DSM eine implizite Definition von psychischer Gesundheit oder emotionalem Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu geht die psychoanalytische klinische Erfahrung davon aus, dass Therapeuten ihren Patienten nicht nur dabei helfen, problematische Verhaltensweisen und psychische Zustände zu ändern, sondern ihnen auch dabei zu helfen, sich selbst mit ihren Einschränkungen zu akzeptieren und ihre allgemeine Widerstandsfähigkeit, ihren Sinn für Handlungsfähigkeit, ihre Toleranz gegenüber einem breiten Spektrum von Gedanken und Affekten, ihre Selbstkontinuität, ihr realistisches Selbstwertgefühl, ihre Fähigkeit zur Intimität, ihr moralisches Empfinden und ihr Bewusstsein für andere als eigenständige Subjektivitäten zu verbessern. Da Menschen, denen diese Fähigkeiten fehlen, diese sich noch nicht vorstellen können, beklagen sich solche Patienten selten über das Fehlen dieser Fähigkeiten; sie wollen sich einfach nur besser fühlen. Sie kommen vielleicht zur Behandlung, weil sie über eine bestimmte Achse-I-Störung klagen, aber ihre Probleme können weit über diese Symptome hinausgehen.

Zweitens waren die DSM-Ausgaben nach 1980 in Bezug auf Validität und Reliabilität enttäuschend, obwohl sie von dem aufrichtigen Bemühen getragen wurden, die Gültigkeit und Zuverlässigkeit zu erhöhen (siehe Herzig & Licht, 2006). Der Versuch, die Psychopathologie in einer Weise neu zu definieren, die einige Arten von Forschung erleichtert, hat unbeabsichtigt Beschreibungen klinischer Syndrome hervorgebracht, die künstlich separat sind und die komplexen Erfahrungen der Patienten nicht erfassen. Zwar ist das Bestreben, die psychoanalytische Voreingenommenheit, die das DSM-II durchdrungen hat, zu beseitigen, verständlich, da es nun andere wirksame Methoden zur Konzeptualisierung der Psychopathologie gibt, doch hat die Vernachlässigung des subjektiven Erlebens der Symptome durch den Klienten eine flache, erfahrungsferne Version des psychischen Leidens hervorgebracht, die die klinischen Phänomene in etwa so gut wiedergibt, wie die Beschreibung der Tonart, des Tempos und der Länge einer musikalischen Komposition die Musik selbst darstellt. Diese Kritik gilt insbesondere für den Abschnitt Persönlichkeitsstörungen des DSM, aber auch für die Behandlung von Erfahrungen wie Angst und Depression, deren Diagnose sich auf äußerlich beobachtbare Phänomene wie Herzrasen oder Veränderungen im Ess- und

3 Anmerkung der Übersetzerin: Das DSM-5 ist 2013 erschienen.

Schlafverhalten bezieht und nicht darauf, ob es sich bei der Angst um Trennung oder Vernichtung handelt oder die Depression ananklitisch oder introjektiv ist (Blatt, 2004) – Aspekte, die für das klinische Verständnis und die Hilfe entscheidend sind.

Drittens: Obwohl das DSM-System oft als »medizinisches Modell« der Psychopathologie bezeichnet wird, würde kein Arzt die Linderung von Symptomen mit der Heilung von Krankheiten gleichsetzen. Die Verdinglichung von »Störungskategorien« hat, entgegen vieler klinischer Erfahrungen, erhebliche unbeabsichtigte negative Folgen gehabt. Die Annahme, dass psychische Probleme am besten als separate Symptomsyndrome zu betrachten sind, hat Versicherungsunternehmen und Regierungen dazu ermutigt, den kleinsten gemeinsamen Nenner von Veränderungen festzulegen und darauf zu bestehen, dass dies alles ist, was sie abdecken, selbst wenn es klar ist, dass die vorliegenden Beschwerden die Spitze eines emotionalen Eisbergs sind, der in der Zukunft Probleme verursachen wird, wenn er ignoriert wird. Der kategorische Ansatz kommt auch den Pharmaunternehmen zugute, die ein Interesse an einer immer länger werdenden Liste von einzelnen »Störungen« haben, für die sie spezifische Medikamente vermarkten können.

Viertens scheinen viele der Entscheidungen darüber, was in das DSM nach 1980 aufgenommen werden sollte und wo es aufgenommen werden sollte, im Nachhinein willkürlich und inkonsistent gewesen zu sein und von den Verbindungen der Autoren zu den Pharmaunternehmen beeinflusst worden zu sein. So wurden beispielsweise alle Phänomene, die mit der Stimmung zu tun haben, in den Abschnitt »Stimmungsstörungen« aufgenommen, und die altherwürdige Diagnose der depressiven Persönlichkeit verschwand. Dies hat dazu geführt, dass viele Persönlichkeitsprobleme fälschlicherweise als separate Episoden einer Stimmungsstörung angesehen werden. Ein weiteres Beispiel: Wenn man die DSM-Beschreibungen einiger Achse-I-Störungen, die als chronisch und allgegenwärtig angesehen werden (z.B. generalisierte Angststörung, somatoforme Störung), aufmerksam liest, ist nicht klar, warum diese nicht als Persönlichkeitsstörungen angesehen werden.

Selbst wenn die Begründung für die Aufnahme oder den Ausschluss einer Störung klar und vertretbar ist, kann das Ergebnis aus der Sicht eines Kliniklers willkürlich erscheinen. Seit dem DSM-III ist ein Kriterium für die Aufnahme in den Katalog, dass es Forschungsdaten zu einer bestimmten Störung geben muss. Das klingt vernünftig, hat aber zu einigen seltsamen Ergebnissen geführt. Während es bis 1980 genügend empirische Forschung zu dissoziativen Persönlichkeiten gab, um die DSM-Kategorie der multiplen Persönlichkeitsstörung zu rechtfertigen, die später in dissoziative Identitätsstörung umbenannt wurde, gab es nur sehr wenig Forschung zur Dissoziation in der Kindheit. Und so gibt es (während ich dies 2010 schreibe) keine DSM-Diagnose für dissoziative Kinder, obwohl sich Kliniker, die dissoziative Erwachsene behandeln, weitgehend einig sind, dass man keine dissoziative Identität entwickeln kann, ohne in der Kindheit eine dissoziative Störung gehabt zu haben. In der Wissenschaft geht die naturalistische Beobachtung in der Regel testbaren Hypothesen voraus. Neue Psychopathologien (z.B. Internetsucht, vor allem nach Pornografie, eine Variante der Zwanghaftigkeit, die unbekannt war, bevor die Technologie sie ermöglichte) werden von Klinikern beobachtet, bevor sie erforscht werden können. Die Tatsache, dass die klinische Erfahrung keinen be-

deutenden Einfluss auf die Ausgaben des DSM nach 1980 hatte, hat zu dieser Art von Dilemma geführt.

Abschließend möchte ich auf eine subtile soziale Auswirkung der kategorialen Diagnose eingehen: Sie kann zu einer Form der Selbstentfremdung beitragen, einer Verdinglichung von Selbst-Zuständen, für die man implizit die Verantwortung ablehnt. »Ich habe eine soziale Phobie« ist eine entfremdete, weniger selbstbewusste Art zu sagen: »Ich bin eine schmerzhaft schüchterne Person.« Als das Patent auf Prozac auslief, packte Eli Lilly das gleiche Rezept in eine rosa Pille, nannte sie Serafem und schuf eine neue »Krankheit«: die prämenstruelle Dysphorie (PMDS) (Cosgrove, 2010). Viele Frauen sind in der prämenstruellen Phase reizbar, aber es ist eine Sache zu sagen: »Tut mir leid, ich bin heute etwas launisch; meine Periode ist fällig«, und eine andere, zu verkünden: »Ich *habe* PMDS.« Ich habe den Eindruck, dass Ersteres das eigene Verhalten erklärt, die Wahrscheinlichkeit einer herzlichen Beziehung zu anderen erhöht und anerkennt, dass das Leben manchmal schwierig ist, während Letzteres impliziert, dass man ein behandelbares Leiden hat, andere von der eigenen Erfahrung distanziert und einen infantilen Glauben unterstützt, dass alles repariert werden kann. Vielleicht ist das nur meine idiosynkratische Sichtweise, aber ich finde diese unauffällige Verschiebung der gemeinschaftlichen Annahmen beunruhigend.

Behandlungsplanung

Die Behandlungsplanung ist die traditionelle Grundlage für die Diagnose. Sie geht von einer Parallele zwischen Psychotherapie und medizinischer Behandlung aus, und in der Medizin ist die Beziehung zwischen Diagnose und Therapie (im Idealfall) eindeutig. Diese Parallele ist in der Psychotherapie manchmal gegeben und manchmal nicht. Es ist leicht zu erkennen, wie wertvoll eine gute Diagnose für Erkrankungen ist, für die ein spezifischer, einvernehmlich befürworteter Behandlungsansatz existiert. Beispiele hierfür sind die Diagnose des Drogenmissbrauchs (was bedeutet, dass die Psychotherapie von einer chemischen Entgiftung und Rehabilitation abhängig gemacht werden sollte) und die bipolare Erkrankung (was bedeutet, dass sowohl eine individuelle Therapie als auch eine medikamentöse Behandlung angeboten werden sollte).

Obwohl in den letzten 15 Jahren eine Reihe von gezielten Interventionen für charakterliche Probleme entwickelt wurde, ist die häufigste Verschreibung für Persönlichkeitsstörungen nach wie vor die psychoanalytische Langzeittherapie. Analytische Behandlungen, einschließlich der Psychoanalyse, sind jedoch keine einheitlichen Verfahren, die unabhängig von der Persönlichkeit des Patienten unflexibel angewendet werden. Selbst der klassischste Analytiker wird bei einem hysterischen Patienten vorsichtiger mit den Grenzen umgehen, bei einer zwanghaften Person mehr auf den Affekt achten und bei einem schizoiden Klienten mehr Toleranz gegenüber dem Schweigen zeigen. Das Bemühen eines Therapeuten um Em-

pathie ist keine Garantie dafür, dass ein bestimmter Klient Empathie erfährt – man muss etwas über die individuelle Psychologie der Person herausfinden, um zu wissen, was ihr helfen kann, sich gekannt und akzeptiert zu fühlen. Fortschritte im Verständnis von Menschen mit psychotischen Störungen (z.B. Read, Mosher, & Bentall, 2004) und Borderline-Störungen (z.B. Bateman & Fonagy, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Steiner, 1993) haben zu Behandlungsansätzen geführt, die keine »klassische Analyse« sind, sondern in psychodynamischen Ideen wurzeln. Um sie anzuwenden, muss man zunächst erkennen, dass der Klient immer wieder mit psychotischen bzw. Borderline-Zuständen zu kämpfen hat.

Für Forschungszwecke ist es üblich, Therapien, ob analytisch oder nicht, als spezifische technische Verfahren zu definieren. Die Therapeuten selbst hingegen können ihre Arbeit als eine Möglichkeit für intimes neues, emotionales Lernen definieren, bei der die »Technik« gegenüber dem Heilungspotenzial der Beziehung selbst zweitrangig ist. Analytische Therapien sind keine monolithischen Aktivitäten, die jedem in prokrustesartiger Weise aufgezwungen werden. Eine gute diagnostische Formulierung wird die Entscheidungen des Therapeuten in den entscheidenden Bereichen des Beziehungsstils, des Tons der Interventionen und der Themen des anfänglichen Schwerpunkts beeinflussen. Mit der zunehmenden Verbreitung kognitiver Verhaltenstherapien (KVT) beginnen wir, Ansätze für die Arbeit mit schweren Persönlichkeitsstörungen zu sehen, die von Therapeuten dieser Richtung entwickelt wurden (z.B. Linehan, 1993; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Als Reaktion auf ihre eigenen klinischen Erfahrungen mit Individualität und Komplexität schreiben KVT-Kliniker jetzt über Fallformulierung (z.B. Persons, 2008), und zwar aus weitgehend denselben Gründen wie ich. Ich hoffe, dass dieses Buch sowohl für sie als auch für meine psychoanalytischen Kollegen nützlich sein wird.

Prognostische Implikationen

Wer von einem Patienten mit zwanghaftem Charakter die gleichen Fortschritte erwartet wie von einer Person, die plötzlich eine aufdringliche Besessenheit entwickelt hat, riskiert einen herben Rückschlag. Die Anerkennung von Unterschieden in der Tiefe und dem Ausmaß von Persönlichkeitsproblemen kommt sowohl dem Kliniker als auch dem Patienten zugute. Die DSM-Kategorien enthalten manchmal Aussagen über die Schwere und die mögliche Prognose eines bestimmten Zustands – die Organisation der Informationen entlang von Achsen war ein Schritt in diese Richtung –, aber manchmal ermöglichen sie einfach eine einvernehmlich akzeptierte Klassifizierung ohne implizite Informationen darüber, was man vom Therapieprozess erwarten kann.

Ein Hauptthema in diesem Buch ist die Sinnlosigkeit einer Diagnose, die allein auf dem manifesten Problem beruht. Eine Phobie bei jemandem mit einer depressiven oder narzisstischen Persönlichkeit ist ein anderes Phänomen als eine Phobie bei einer charakteristisch phobischen Person. Ein Grund dafür, dass die Psycho-

diagnose in manchen Kreisen einen schlechten Ruf hat, ist, dass sie schlecht gemacht wurde; man hat einfach ein Etikett an die Beschwerden des Patienten angehängt. Es ist auch unmöglich, eine gute Forschung über verschiedene diagnostische Entitäten zu betreiben, wenn sie strikt nach ihrem manifesten Erscheinungsbild definiert werden. Wie bei jeder Computeranalyse kommt Müll heraus, wenn Müll eingegeben wurde.

Eine Stärke der psychoanalytischen Tradition besteht darin, dass sie die Unterschiede zwischen einem stressbedingten Symptom und einem der Persönlichkeit innewohnenden Problem anerkennt. (Das war nicht immer so. Freud machte ursprünglich nur wenige Unterschiede zwischen charakterlich hysterischen Menschen und Menschen mit anderen Psychologien, die hysterisch reagierten, oder zwischen dem, was man heute als zwanghafte Person auf einem Grenzniveau der Funktionsfähigkeit bezeichnen würde, und einer Person mit einer Zwangsneurose.) Eine bulimische Frau, die ihre Essstörung als Studentin im ersten Studienjahr entwickelt und ihr Verhalten als triebhaft und selbstzerstörerisch erkennt, ist eine ganz andere Patientin als eine Frau, die seit der Grundschule Essanfälle hat und ihr Verhalten für vernünftig hält. Beide würden die DSM-Kriterien für Bulimie erfüllen, aber man könnte von der ersten Klientin erwarten, dass sie ihr Verhalten innerhalb weniger Wochen ändert, während ein realistisches Ziel für die zweite Klientin darin bestünde, dass sie nach vielleicht einem Jahr die Auswirkungen ihrer Essstörung und die Notwendigkeit einer Veränderung klar erkennt.

Patientenschutz

Gewissenhaftes diagnostisches Vorgehen fördert die ethische Kommunikation zwischen Ärzten und ihren potenziellen Kunden, eine Art »Wahrheit in der Werbung«. Auf der Grundlage einer sorgfältigen Beurteilung kann man dem Patienten etwas darüber sagen, was er zu erwarten hat, und so vermeiden, zu viel zu versprechen oder leichtfertig in die Irre zu führen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass nur wenige Menschen verärgert sind, wenn man ihnen beispielsweise sagt, dass eine Psychotherapie angesichts ihrer Vorgeschichte und ihrer aktuellen Herausforderungen voraussichtlich lange dauern wird, bevor sie zu verlässlichen, innerlich erfahrenen Veränderungen führt. Meistens scheint es sie zu ermutigen, dass der Therapeut die Tiefe ihres Problems anerkennt und bereit ist, sich darauf einzulassen, den Weg zu gehen. Margaret Little (1990) fühlte Erleichterung, als ein Analytiker, zu dem sie für eine Konsultation gegangen war, zu ihr sagte: »Aber Sie sind doch sehr krank!«

Ein Patient, der vor kurzem bei mir war, ein psychologisch hochentwickelter Mann, der vor mir schon bei mehreren Therapeuten wegen etwas war, das er für schwere zwanghafte Tendenzen hielt, konfrontierte mich: »Sie sind also die Expertin für Diagnosen; wie haben Sie mich kategorisiert?« Ich holte tief Luft und antwortete: »Ich denke, was mir am meisten auffällt, ist der Grad der Paranoia, mit dem Sie zu