

ETHISCHE FRAGEN BEI DER BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

ETHICAL PROBLEMS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

Dieter Birnbacher, Leonore Kottje-Birnbacher

Zusammenfassung

Das Verhalten von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stößt immer wieder auf Befremden, Unverständnis und Ablehnung. Auch ihre Therapeuten empfinden sie häufig als belastend. Nicht nur wegen der technischen Schwierigkeiten, sondern auch wegen des von den Patienten ausgehenden emotionalen Drucks machen Therapeuten bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen häufiger Fehler als in „einfacheren“ Fällen. Diese besonderen Schwierigkeiten werfen neben technisch-therapeutischen auch ethische Fragen auf: Wie ist ein Gleichgewicht zu finden zwischen den Ansprüchen der Patienten und den Belastungen der Therapeuten? Wie lassen sich aggressive Gegenübertragungen vermeiden? Wie ist mit den zum Teil radikal abweichenden moralischen Normen der Patienten umzugehen?

Der Beitrag diskutiert einige der in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auftretenden ethischen Fragen mithilfe des in der Medizinethik weithin akzeptierten Vier-Prinzipien-Modells von Beauchamp und Childress und zeigt die Relevanz dieser Prinzipien für die therapeutische Praxis auf.

Schlüsselwörter Persönlichkeitsstörungen – Ethik – Prinzipienethik – Psychotherapie-Ethik

Summary

The behavior of patients with personality disorders tends to meet with incomprehension, irritation and rejection. Also their therapists often find them difficult to handle. Partly for this reason therapists tend to make more mistakes in treating these patients than in treating patients suffering from other mental disorders. This situation does not only raise technical but also ethical questions: How can a balance be found between the legitimate claims of the patients and the tolerance of the therapists? How can aggressive counter-transference be prevented? How should one deal with patients with highly divergent moral standards?

The article discusses a number of problems arising in the treatment of patients with personality disorders based on the four principles model developed by Beauchamp and Childress and widely accepted in medical ethics, and shows how these principles become practically relevant for the therapy of patients of this special group.

Keywords personality disorders – ethics – principlism - ethics in psychotherapy

Einleitung

Aus mehreren Gründen fordert die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in besonderer Weise die moralische Urteilskraft und die ethische Reflexion des Therapeuten heraus.

Erstens sieht sich der Therapeut bei diesen Behandlungen immer wieder vor die letztlich nur moralisch zu beantwortende Frage gestellt, wie er ein Gleichgewicht finden kann in dem Dilemma von oftmals unersättlichen Ansprüchen der Patienten und seinen eigenen Belastungsgrenzen. Einerseits haben diese Patienten u. a. aufgrund ihres subjektiven Leidens einen besonders vordringlichen Anspruch auf therapeutische Hilfe. Andererseits fühlt sich der Therapeut häufig durch diese Patienten überfordert. Es ist ja keineswegs zufällig, dass sie gelegentlich Mühe haben, einen Behandlungsplatz zu finden, und dass es sich niedergelassene Therapeuten, die sich ihre Patienten aussuchen können, vielfach bequem machen und zugunsten ihrer eigenen seelischen Balance – etwa nach dem

Motto „Nicht mehr als zwei Borderliner gleichzeitig“ – Behandlungsplätze rationieren. Mit ihren intensiven Sehnsüchten, angenommen zu werden, ihrer Unfähigkeit zu erkennen, wie sie auf andere wirken, ihren heftigen Ängsten und Unterstellungen negativer Intentionen sind sie für andere immens anstrengend. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen verstärkt Merkmale auf, die nach Umfragen von ihren Therapeuten als „schwierig“ empfunden werden, darunter Merkmale wie oral-forderndes oder vorwurfsvoll-entwertendes Verhalten, starke Regressionstendenzen, eine persistierende Idealisierungsneigung, negative therapeutische Reaktionen, Suizidalität oder die Tendenz, in der Therapie konstant zu schweigen (Reimer, 1991a, S. 174 f.).

Zweitens begibt sich der Therapeut bei der Behandlung dieser Patienten in eine moralisch besonders heikle Situation. Wegen der Ich-Schwäche dieser Patienten und der damit verbundenen erhöhten Abhängigkeit vom Therapeuten verfügt der Therapeut bei diesen Patienten über eine noch weitergehende Machtfülle als sonst. Er ist dem Patienten nicht nur durch

sein professionelles Wissen, sondern auch durch seine Ich-Stärke überlegen. Er bestimmt nicht nur darüber, welche Behandlungsbedingungen und Interventionsstrategien sinnvoll sind, sondern entscheidet in seiner klareren Realitätssicht auch darüber, wie die jeweilige Situation zu verstehen ist. Die Realitätssicht dieser Patienten ist in der Regel erheblich verzerrt. Charakteristisch für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind Ich-Funktionsdefizite und wenig differenzierte Abwehrmechanismen. Die wichtigen Dimensionen der Realitätswahrnehmung und Realitätsprüfung, der Selbstwertregulation und der Affektmodulation mit Angst- und Frustrationstoleranz und Impulskontrolle sind nicht verlässlich verfügbar. Es dominieren Abwehrmechanismen, die die innere Welt auf Kosten des Realitätskontakts stabilisieren, wie Spaltung, Projektion, projektive Identifikation, Verleugnung, Idealisierung und Entwertung. Alle diese Faktoren führen dazu, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen große Mühe haben, sich in der Welt zu orientieren und stabile Beziehungen zu gestalten und aufrechtzuerhalten.

Drittens zeigt die Erfahrung, dass diese Patienten ihren Therapeuten in höherem Maße als andere Patienten eine Auseinandersetzung mit den eigenen Normen und Werten aufzwingen. Ihr Gewissen weicht von dem des Therapeuten gewöhnlich erheblich ab („rigides archaisches Über-Ich“ oder „defizitäres Über-Ich“), und auch wenn der Therapeut sein eigenes als gesünder empfindet, kann er doch kaum vermeiden, sich einerseits durch streng perfektionistische Forderungen in Frage gestellt, andererseits durch Wissenslücken, die ein Verhalten zulassen, das er sich selbst verbieten würde, verführt zu fühlen. Die abweichenden Maßstäbe des Patienten werden damit für den Therapeuten zu einer Herausforderung, seine eigenen Maßstäbe zu definieren und sich ihrer „Normalität“ durch Gründe zu vergewissern.

Ethik versus Moral

Bevor wir uns den sich aus dieser Sachlage ergebenden moralischen Problemen in der Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zuwenden, ein kurzer Blick auf die Rolle und Relevanz der Ethik für die Lösung dieser Probleme. Was macht das Spezifische ethischer Überlegungen im Gegensatz zu therapeutisch-praxeologischen Überlegungen aus?

In der Ethik wird gewöhnlich eine klare Unterscheidung getroffen zwischen *ethischen* und *moralischen* Überlegungen. Ethische Überlegungen sind Überlegungen *über* moralische Werte, Normen und Ideale, liegen also auf einer Metaebene und sind Teil der Philosophie. Ethik ist die *Theorie* der Moral. Moralische Überlegungen dagegen sind u. a. Teil des Alltagsdenkens und richten sich auf Handlungen, Handlungsweisen, Handlungsdispositionen, Motive, Charakterzüge usw. und beurteilen diese als moralisch richtig und falsch, bedenklich und unbedenklich, löblich oder verwerflich, vorbildlich und verachtenswert. Als Maßstab der moralischen Beurteilung dienen dabei teils konkrete, teils abstrakte Beurteilungsprinzipien, die in der Alltagspraxis zumeist implizit bleiben und von denen keineswegs sicher ist, dass sie

untereinander konsistent sind. Dazu gehören etwa die *goldene Regel*: „Was du willst, das man dir (nicht) tut, das tu auch anderen (nicht)“ oder das *hypothetische Verallgemeinerungsprinzip*: „Tu nicht, von dem du nicht wollen kannst, dass es jeder täte“ oder das Prinzip der *Fairness*: „Wenn du von einer gemeinsamen Praxis profitierst, solltest du auch deinen Teil zu ihr beitragen“. Spätestens dann, wenn moralische Urteile nicht mehr auf ungeteilte und selbstverständliche Zustimmung stoßen – wie es in der pluralistischen Gesellschaft eher die Regel als die Ausnahme ist –, müssen solche Prinzipien bewusst gemacht, artikuliert und reflektiert werden. Moralische Urteile müssen dann gerechtfertigt und diskursiv begründet werden durch Argumente, von denen man annehmen kann, dass sie jeden Verständigen überzeugen.

Damit geht Moral quasi von selbst in Ethik – die Rekonstruktion, Analyse und Begründung moralischer Normen und Werte auf der Theorieebene – über. Gleichzeitig hat das „naive“ moralische Bewusstsein gute Gründe, diesen Übergang in die Ethik zu scheuen und sich dogmatisch (im Extremfall fundamentalistisch) an seine einmal angenommenen Überzeugungen zu klammern. Einerseits kann es sich mit dem Übergang zur Theorieebene eine Absicherung und Festigung seiner Standpunkte erhoffen. Andererseits muss es befürchten, den auf der Theorieebene herrschenden Rationalitätsnormen nicht standzuhalten – sofern es nicht ohnehin das rückhaltlose Streben des Ethikers nach Wahrheit und intellektueller Redlichkeit von vornherein als „frevlhaften Angriff auf geheiligte Herzensüberzeugung“ (Schopenhauer, 1977, S. 148) empfindet.

Ein gewisses Maß an Rationalität ist freilich nicht erst auf der Ebene der ethischen Reflexion, sondern bereits auf der Ebene der Moral wirksam, wenn auch in einer schwachen Form, die Raum lässt für Gefühle und emotional getönte Einstellungen. Auch wenn moralische Urteile keine empirisch-wissenschaftlichen oder logisch-rationalen Urteile sind, sondern immer auch einen expressiven und persuasiven Gehalt haben, d. h. persönliche Einstellungen ausdrücken und an die Sensibilität und das moralische Urteilsvermögen des jeweiligen Gesprächspartners appellieren, sind sie doch mehr als der Ausdruck spontaner Affekte. Die an der Entstehung moralischer Einstellungen beteiligten Affekte werden in moralischen Urteilen gefiltert und in eine anderes „Sprachspiel“ übersetzt: „Wenn jemand einen anderen seinen *Feind*, seinen *Rivalen*, seinen *Widersacher*, seinen *Gegner* nennt, so meint man, daß er die Sprache der Selbstliebe spricht und daß er Gefühle ausdrückt, die ihm eigen sind und die auf seinen besonderen Umständen und seiner besonderen Lage beruhen. Aber wenn er irgend jemanden als *lasterhaft*, *hasensenswert* und *verdorben* bezeichnet, dann spricht er eine andere Sprache und drückt Gefühle aus, von denen er erwartet, daß alle seine Zuhörer darin mit ihm übereinstimmen. Er muß daher in diesem Fall von seiner privaten und besonderen Situation absehen und einen Standpunkt wählen, den er mit anderen gemeinsam hat; er muß auf ein allgemeines Prinzip der menschlichen Natur einwirken und eine Saite anschlagen, die bei allen Menschen harmonisch widerklingt“ (Hume, 1984, S. 200).

In diesem klassischen Zitat finden sich bereits alle wesentlichen Eigentümlichkeiten moralischer Urteile: die Unabhängigkeit moralischer Einstellungen von situativen Affekten und persönlichen Reaktionen; die Besonderheit moralischer Urteile, dass sie den Einzelfall stets als Fall einer allgemeinen Regel (wenn auch einer möglicherweise hochgradig spezifischen Regel) beurteilen; und den für moralische – im Gegensatz zu rechtlichen – Bewertungen charakteristischen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Die Notwendigkeit, von einer „nur“ moralischen zu einer ethischen Betrachtungsweise überzugehen, ist eine unmittelbare Konsequenz dieses Allgemeingültigkeitsanspruchs. Denn wenn dieser nicht nur behauptet, sondern auch gerechtfertigt werden soll, müssen Gründe genannt werden, die Aussicht darauf haben, von anderen – und insbesondere denen, deren Verhalten nach ihnen beurteilt wird – nachvollzogen und akzeptiert zu werden. Anders als Rechtsnormen können moralische Normen niemals nur durch bloßen Machtspruch oktroyiert werden. Sie gelten immer nur so weit, wie sie akzeptiert werden.

In der Ethik der Neuzeit ist verschiedentlich versucht worden, die intuitiv einleuchtenden Moralprinzipien auf einen möglichst allgemeinen Nenner zu bringen und Axiome zu konstruieren, aus denen sich alle situativen Urteile der moralischen Urteilspraxis herleiten lassen sollen. Die nach wie vor meistdiskutierten ethischen „Weltformeln“, der Kategorische Imperativ Kants (Kant, 1996, S. 68) und das utilitaristische Prinzip der sozialen Nutzenmaximierung (Bentham, 1975, S. 35), repräsentieren dabei zugleich die Extreme eines breiten Spektrums ethischer Theorien. Die Theorie des Kategorischen Imperativs, nach der man nur nach denjenigen individuellen Grundsätzen („Maximen“) handeln soll, von denen man wollen kann, dass sie als allgemeines Gesetz gelten, repräsentiert den Idealtyp der *deontologischen* Ethik, das utilitaristische Prinzip der sozialen Nutzenmaximierung, nach dem alles menschliche Handeln an dem Ziel des „größten Glücks der größten Zahl“ orientiert sein soll, den Idealtyp der *konsequenzialistischen* Ethik. Die meisten im moralischen Alltag wirksamen Moralsysteme setzen sich aus Elementen beider Typen zusammen.

Eine rein deontologische Ethik wie die Kants gebietet oder verbietet bestimmte Handlungsweisen unabhängig von den Handlungsfolgen, während eine rein konsequenzialistische Ethik wie die des Utilitarismus die Geboten- oder Verbotenheit einer Handlung oder Handlungsweise ausschließlich von den (abzusehenden) Handlungsfolgen abhängen lässt. Im strengen Sinne *absolute* moralische Pflichten, Rechte oder Freiheiten sind in der Regel nur in einer rein deontologischen Ethik begründbar. Für Kant etwa besteht die Pflicht zur Wahrhaftigkeit als eine nahezu absolute Pflicht, d. h., für ihn gilt eine Lüge selbst dann als moralisch unzulässig, wenn man absehen kann, dass sie großes Unglück verhindert. Für den klassischen Utilitarismus (Bentham) dagegen lassen alle konkreten Pflichten und Rechte Ausnahmen zu, je nachdem, ob ihre Einhaltung oder Respektierung der Steigerung der gesellschaftlichen Gesamtwohlfahrt dient. Auch für den Konsequenzialisten müssen allerdings Ausnahmen eng begrenzt sein, da an-

sonsten die gesellschaftliche Erwartungs- und Verhaltenssicherheit – zwei wichtige Komponenten des „Glücks der großen Zahl“ – Schaden nehmen würden.

Bereits die Tatsache, dass die neuzeitliche Ethik die im Alltag vorherrschenden moralischen Urteile auf so extrem gegensätzliche Axiome wie den Kategorischen Imperativ und das Nutzenmaximierungsprinzip zurückgeführt hat, deutet darauf hin, dass der „Aufstieg“ von der Konkretheit der Alltagsmoral zu den Abstraktionen der Ethik kein konvergenter ist, sondern mehrere divergierende Richtungen einschlagen kann, und dass gerade über die letzten ethischen Prinzipien unter den Philosophen kein Konsens zu erwarten ist. Obwohl es gerade in den letzten Jahrzehnten interessante Versuche gegeben hat, die Grundgedanken des Kategorischen Imperativs mit einer konsequenzialistischen Ethik zu verbinden (so z. B. bei dem englischen Ethiker Richard Hare, 1973), stehen sich die beiden „Lager“ in Grundsatzfragen weiterhin unversöhnlich gegenüber. Das kann dann sogar in Fällen, in denen man sich über die Werte einig ist, zu unterschiedlichen Handlungsempfehlungen führen. So argumentieren etwa bezüglich der Beteiligung katholischer Beratungsstellen an der Schwangerschaftskonfliktberatung die deutschen Bischöfe konsequenzialistisch, der Vatikan deontologisch. Den einen kommt es darauf an, durch eine Beteiligung der kirchlichen Beratungsstellen an der Schwangerschaftskonfliktberatung möglichst viele Abtreibungen zu *verhindern*, dem anderen, an einer moralisch verurteilten Praxis *nicht mitzuwirken*, auch wenn die Folgen als bedauernswerter beurteilt werden als im Fall einer Mitwirkung.

Das Vier-Prinzipien-Modell

Ein konsistenteres Bild ergibt sich erst, wenn man von der höchsten auf eine mittlere Ebene der Allgemeinheit hinabsteigt. Bei den „mittleren“ Prinzipien lässt sich ein sehr viel größeres Maß an Einverständnis als bei den letzten Grundprinzipien ausmachen. Die Prinzipien etwa, von denen die amerikanischen Ethiker Tom Beauchamp und James Childress (1979) in ihrem pragmatischen Ansatz einer Medizinethik ausgehen, verkörpern einen Kernbestand an moralischem *Common Sense*, der ganz unterschiedliche Begründungen zulässt.

Die vier Prinzipien sind:

1. das Prinzip der Nichtschädigung (non-maleficence)
2. das Prinzip der Fürsorge (beneficence)
3. das Prinzip der Respektierung von Selbstbestimmung (autonomy)
4. das Prinzip der Gerechtigkeit und Gleichheit (justice)

Hinsichtlich der Relevanz der vier Prinzipien für die Beurteilung moralischer Problemsituationen sind sich die Ethiker allgemein einig, nicht aber darüber, welches relative Gewicht den verschiedenen Prinzipien jeweils zukommt und welches in Konfliktfällen Vorrang genießt. Die vier Prinzipien etablieren also „Prima-facie-Verpflichtungen“, die gegeneinander abgewogen werden müssen, um zu einem für eine konkrete Situation richtigen Ergebnis zu kommen, wobei dann unter-

schiedliche deontologische oder konsequenzialistische Hintergrundannahmen als Begründung herangezogen werden.

Das Prinzip der *Nichtschädigung* verbietet, anderen Schaden an Leib, Leben oder Eigentum zuzufügen oder sie in dieser Hinsicht hohen Risiken auszusetzen. Es ist das unbestrittenste und schlechthin zentrale Prinzip nicht nur der ärztlichen Ethik („*primum non nocere*“), sondern jeder Ethik überhaupt.

Das Prinzip der *Fürsorge* schließt an das Prinzip der Nichtschädigung an, geht jedoch in dreifacher Weise darüber hinaus: Während das Prinzip der Nichtschädigung lediglich die Unterlassung von Schädigungen (und Gefährdungen) gebietet, gebietet das Prinzip der Fürsorge die *Verhinderung* von Schäden, die *Beseitigung* oder *Linderung* von Schäden sowie (auch da, wo keine Schäden vorliegen oder zu befürchten sind) die *Verbesserung* der Situation anderer.

Das Prinzip der *Achtung der Selbstbestimmung* meint die Achtung vor den Lebensplänen, Idealen, Zielen und Wünschen anderer, mögen diese auch mehr oder weniger nicht nachvollziehbar, abwegig oder moralisch bedenklich erscheinen. Dass der Wille anderer geachtet wird – gleichgültig, ob er seinerseits selbstbestimmt oder fremdbestimmt, rational oder affektgeleitet ist – und nicht einer wie immer gut gemeinten Fremdbestimmung unterworfen wird, ist eine Bedingung dafür, dass jeder Herr seines eigenen Lebens bleibt.

Das Prinzip der *Gerechtigkeit und Gleichheit* ist inhaltlich am offensten und bedarf am meisten der Ausfüllung durch konkretere (und kontroversere) Prinzipien. Als allgemein anerkanntes Prinzip kann aber zumindest das Prinzip der „formalen“ Gleichheit gelten, nach dem in relevanter Hinsicht ähnliche Fälle ähnlich beurteilt und behandelt werden müssen, und das Prinzip der Fairness, nach dem (außer bei besonderer Bedürftigkeit) bei gemeinschaftlichen Aktivitäten zwischen Geben und Nehmen ein Gleichgewicht herrschen sollte.

Von Kitchener (1984) wurde für den Bereich der Psychologie und Psychotherapie dem Vier-Prinzipien-Schema noch ein *fünftes* Prinzip hinzugefügt, nämlich das Prinzip der *Loyalität* (fidelity), das die Schweigepflicht, die Pflicht zur Wahrhaftigkeit dem Patienten gegenüber und die Bereitschaft, für einen einmal angenommenen Patienten bevorzugt zur Verfügung zu stehen, beinhaltet.

Wie gestaltet sich die Umsetzung der angegebenen Prinzipien in die therapeutische Praxis?

Die Umsetzung dieser Prinzipien in die therapeutische Praxis vollzieht sich in vier Schritten:

1. *Situationsklärung*. Ein erster Schritt besteht darin, die Situation hinsichtlich aller für die ethische Beurteilung möglicherweise relevanten Sachdimensionen zu klären: Welche Störung liegt vor? Welche Prognose ist dem Patienten zu stellen? Welche Behandlungsoptionen existieren? Welche ist angesichts der besonderen Konstellation erfolg-

versprechend? Welcher Aufwand ist dafür von Seiten des Patienten, aber auch von Seiten des Therapeuten zu erbringen? Mit welchen Komplikationen und Nebenwirkungen ist zu rechnen?

2. *Identifikation moralischer Problembereiche*. In einem zweiten Schritt gilt es, die moralischen Problem- und Konfliktbereiche zu identifizieren, und zwar anhand der durch die fünf Prinzipien vorgegebenen Leitbegriffe: In welcher Hinsicht könnte die Therapie für den Patienten schädliche Auswirkungen haben, durch welches therapeutische Vorgehen könnte das Schadensrisiko gemindert oder minimiert werden? Sprechen Gesichtspunkte der Fürsorge für ein gewisses Maß an paternalistischer Bevormundung? Ist die angeratene Vorgehensweise angesichts der Therapieziele sinnvoll? Habe ich bei der Wahl des Vorgehens meine eigenen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt? Wie kann das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewahrt werden? Was weiß ich über das Wertesystem und die Einstellungen des Patienten? Ist der Patient an der Formulierung und Festlegung der Therapieziele angemessen beteiligt, oder dränge ich dem Patienten eventuell eine Behandlung auf, die er nicht will oder deren Chancen und Risiken er unzureichend reflektiert hat? Wieweit sollte und kann die Entscheidung dem Patienten überlassen werden? Ist die Behandlung unter Gesichtspunkten der Gerechtigkeit und Gleichheit vertretbar, oder stellt sie eine Über- oder Unterversorgung dar? Bin ich von meiner persönlichen Situation und von meinem Arbeitskontext her fähig und bereit, dem Patienten gegenüber die erforderliche Loyalität zu gewährleisten?

3. *Abwägen der eventuell widerstreitenden moralischen Verpflichtungen*. In einem dritten Schritt ist dann die schwierigste und am stärksten von subjektiven Faktoren geprägte Aufgabe zu bewältigen: die Abwägung der möglicherweise miteinander im Konflikt liegenden moralischen Gesichtspunkte. Häufig bestehen Konflikte insbesondere zwischen dem Fürsorgeprinzip und dem Prinzip der Respektierung von Selbstbestimmung. Wie weit ist in der gegebenen Situation ein paternalistisches Vorgehen berechtigt oder sogar erforderlich, das das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zugunsten seines langfristigen Interesses verletzt? Liegen Bedingungen vor, die eine Verletzung der Pflichten aus dem Gebot der Loyalität (z. B. des Schweigegebots) rechtfertigen? Sind die Belastungen, die die Therapie dem Patienten auferlegt, angesichts der Erfolgsaussichten vertretbar?

Bei Abwägungen dieser Art geht es darum, eine Vorgehensweise zu finden, für die die ethische „Kosten-Nutzen-Rechnung“ möglichst positiv ausfällt. Als „Nutzen“ zählt dabei das Ausmaß, in dem die fünf Prinzipien erfüllt, als „Kosten“ das Ausmaß, in dem das eine oder andere dieser Prinzipien verletzt wird. Dabei kommt zu den Normverletzungen aber noch eine zusätzliche Kostendimension hinzu, nämlich die Belastungen, die ein bestimmtes Vorgehen für den Therapeuten selbst bedeuten.

Der Therapeut hat nicht nur Pflichten, er hat auch Rechte, insbesondere das Recht, sich nicht alles zumuten zu lassen. Er wird deshalb auch das, was ihn höchstpersönlich die Behandlung des Patienten an psychischer Energie, an Wohlbefinden, an materiellem Verzicht, an Belastung der Beziehung zu Kollegen „kostet“, in seine Erwägungen einbeziehen. Es ist schwierig, wenn nicht unmöglich, für diese Abwägung einen allgemeinverbindlichen Maßstab anzugeben. Aber durch solche Überlegungen (die man möglichst in Supervisionsgruppen miteinander anstellen sollte, um verschiedene Sichtweisen zusammenzutragen und zu diskutieren) wird die moralische Intuition geschärft und der Umgang mit den *prima facie* relevanten Prinzipien eingeübt.

4. *Realisierung*. Der letzte und entscheidende Schritt ist die Umsetzung der gefundenen Lösung in die Praxis. Dazu gehört Festigkeit wie Flexibilität – die Fähigkeit und Bereitschaft, das einmal gefundene Konzept zu praktizieren und daran festzuhalten, zugleich aber auch, bei neuen Erfahrungen und Überlegungen für Revisionen und Modifikationen offen zu sein. Der Schritt der Umsetzung scheint in der Praxis immer wieder Schwierigkeiten zu machen: In Umfragen geben 60% der praktizierenden Therapeuten zu, in ihrem Berufsalltag von Zeit zu Zeit gegen Gesetze oder ethische Prinzipien zu verstoßen (Bersoff, 1995, S. 66). Die bloße Kenntnis ethischer Regeln reicht offensichtlich nicht, um ihre Einhaltung zu gewährleisten.

Im Folgenden seien die ethischen Forderungen an das Therapeutenverhalten, die sich aus den angegebenen Prinzipien ergeben, im Einzelnen diskutiert.

Nichtschädigung

Persönlichkeitsgestörte Patienten haben ein höheres Risiko als andere, durch eine Psychotherapie geschädigt zu werden. Indem sie ihre Therapeuten mehr als andere Patienten provozieren und belasten, besteht eine erhöhte Gefahr für unbedachte und schädigende Gegenübertragungsreaktionen. Dazu gehören aggressive Äußerungen, Versuche, den Patienten abzuschieben oder zu degradieren, masochistische Unterwerfung, Gegenagieren aus Angst vor Identitätsverlust oder eine Wiederauflage der ursprünglichen pathogenen Beziehung zwischen dem Patienten und einem Elternteil in der Psychotherapie (Rohde-Dachser, 1979, S. 187 f.). Wegen ihrer mangelnden Fähigkeit, sich in die Situation anderer einzufühlen, erwarten z. B. viele dieser Patienten vom Therapeuten, bei Bedarf immer für sie zur Verfügung zu stehen, und erleben jede Abgrenzung als Im-Stich-Lassen, Egoismus und Verrat. Auch starke Regressionstendenzen können auf Helfer provozierend wirken, besonders wenn diese selbst nicht im Gleichgewicht sind, sondern sich chronisch überlasten. Vorwurfsvoll-entwertendes Patientenverhalten weckt regelmäßig starke Gegenübertragungsgefühle. Es ist anstrengend, die sadistischen Projektionen von Patienten anzunehmen und die dabei ausgelösten Ohnmachts- und Versagensgefühle oder Wut und Bestrafungswünsche zu zügeln. Umgekehrt kann die

Neigung, den Therapeuten zu idealisieren und depressive oder aggressive Gefühle aus der therapeutischen Beziehung herauszuhalten, bei Therapeuten, die sich gern idealisieren lassen, zu länger dauernden kollusiven Beziehungen führen – mit anschließender massiver Enttäuschung des Patienten, weil die Therapie nichts gebracht hat. Suizidalität schließlich setzt alle Therapeuten unter Druck wegen der Endgültigkeit des möglichen Todes und der Frage der inneren und äußeren therapeutischen Verantwortung.

Zu Schädigungen kommt es vor allem

1. durch *Unfähigkeit, mit dem massiven Übertragungsdruck angemessen umzugehen*. Wenn hier keine gute Dosierung und Verarbeitung gelingt, sondern der Therapeut aus eigener emotionaler Bedrängnis heraus in eine hilflose Position gerät, kann es dem Patienten nach der Behandlung schlechter gehen als vorher.
2. durch *falsche Einschätzung der Belastbarkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten*. Vielfach wird eine Suizidgefährdung oder einsetzende Regression übersehen oder die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung überschätzt.
3. durch *ungenügende Reflexion der eigenen Gegenübertragung und das daraus entstehende Mit- oder Gegenagieren*. Projektionen und projektive Identifikationen führen vielfach zu Kollusionen und Polarisierungen. Bei konkordanter Gegenübertragung kommt es zu unreflektierter Identifikation mit heftiger Parteinahme für den Patienten, entsprechender Wut auf Eltern, Chef oder Partner, moralischer Verurteilung und eventuell direkter Ermunterung des Patienten, sich gegen diese zu wehren (mit dem Risiko, durch das eigene Mitagieren das gesamte Umfeld des Patienten zu schädigen). Bei komplementärer Gegenübertragung kommt es zu unreflektiertem Agieren von Wiedergutmachtungswünschen oder von Ärgerreaktionen. Spürt der Therapeut im Patienten das leidende Kind, möchte er es gut versorgen und ihm bieten, was es braucht. Das führt leicht zu Selbstüberforderung und Überfürsorglichkeit, die den Patienten in einer passiven Position hält. Verhält sich der Patient dagegen provozierend und selbstdestruktiv wie ein enttäuschtes, wütendes Kind, besteht die Gefahr, dass der Therapeut aggressiv die Position der „bösen Eltern“ übernimmt.

Je nach Verhalten des Therapeuten entwickeln sich Patienten sehr unterschiedlich: Gesundheit und Krankheit, Progression und Regression entstehen als Wechselwirkung in der Behandlung, und es ist die professionelle Pflicht des Therapeuten, sich genügend fortzubilden und sich zumindest zu bemühen, den Patienten ein Angebot zu machen, bei dem sie sich gesund entwickeln können.

4. durch *Grenzverletzungen*. Am wichtigsten ist hier der *narzisstische und sexuelle Missbrauch* von Patienten innerhalb von Psychotherapien. Die Häufigkeit dieser schä-

digenden Grenzverletzungen ist erschreckend, etwa 10% der Therapeuten gaben in Befragungen zu, schon einmal mit Patienten eine sexuelle Beziehung gehabt zu haben (Heyne, 1999, S. 68; Reimer, 1991b, S. 130). Es handelt sich weitgehend nicht um Berufsanfänger, sondern in der Mehrzahl um gut ausgebildete und beruflich gut etablierte Therapeuten, darunter etliche Lehranalytiker und Ausbilder. Die Mehrzahl der Täter sind Wiederholungstäter mit besonderer Anfälligkeit durch Persönlichkeitsstruktur, Lebenskrisen, mangelnde Selbstdisziplin und ethische Verankerung. In der Literatur (Heyne, 1991; Reimer, 1991b; Löwer-Hirsch, 1998; Heyne, 1999) ist das allmähliche Abgleiten der therapeutischen Beziehung in eine Beziehung, in der es vor allem um die Befriedigung der Bedürfnisse des Therapeuten geht, und das Leid, das dadurch für die betroffenen Patientinnen entsteht, prototypisch dargestellt.

Auch bei der Behandlung von *Kindern und Jugendlichen*, besonders wenn es um Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung geht, sind Grenzverletzungen durch Therapeuten und andere Helfer in Form von unüberlegtem, die Selbstbestimmung und Eigenarten der Patienten zu wenig achtendem Verhalten nicht selten. Übermäßige Betroffenheit oder Überidentifikation mit dem Kind führen zu vorschnellem Handeln, das weniger den Bedürfnissen des Kindes entspricht als dem eigenen Bedürfnis, etwas zu verändern. Eine professionelle Haltung dagegen sollte die Ambivalenz aller Familienmitglieder zwischen dem Wunsch nach Veränderung und der Angst vor Zerbrennen der Familie berücksichtigen (Hirsch, 1994).

Um Schädigungen nach Möglichkeit zu vermeiden, sollte jeder Therapeut sich um *ausreichende Fortbildung sowie Super- und Intervision* bemühen. Gerade Super- und Intervision sind wichtig, da der Austausch mit Kollegen, die nicht in die therapeutische Situation involviert sind, eine emotionale Distanzierung und einen klareren Blick ermöglichen. Zusammen mit daraus entstehenden neuen Ideen für die Behandlung ist das ein Weg zu konstruktiverer Weiterarbeit.

Nicht nur der Patient selbst kann durch eine Behandlung geschädigt werden, sondern auch *Dritte*, besonders Angehörige des Patienten. Durch das Hinzutreten des Therapeuten verändert sich die Balance in seinen sonstigen Beziehungen (Rohde-Dachser, 1981). Der Patient kann den Therapeuten als Verbündeten empfinden und sich dadurch offener und eventuell aggressiver mit seinen Eltern oder seinem Partner auseinandersetzen; oder er kann den Therapeuten idealisieren und seine Angehörigen verteufeln; oder er kann neue Sichtweisen in die Familie einführen und Tabus brechen. Das alles kann zu erheblichem Aufruhr in den Familien und auch zu Erkrankungen von Angehörigen führen (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1995).

Ethisch schwierige Fragen entstehen für den Therapeuten, wenn er über Patienten von gravierenden *Behandlungsfehlern seiner Kollegen* erfährt. Er muss dann abwägen, wieweit der

Bericht zutrifft und ob er etwas tun sollte, wobei die allgemeine Loyalität Kollegen gegenüber (man will kein Nestbeschmutzer sein) und der spezielle Kontakt zu dem fraglichen Kollegen die Umsetzung eines als ethisch wünschenswert angesehenen Schritts erschweren. Daher ist die Versuchung groß, nur die Folgeprobleme des Patienten zu bearbeiten, ohne sich anderweitig in die Situation einzumischen. In einer amerikanischen Studie wurden Psychotherapeuten zu verschiedenen ethischen Problemsituationen Multiple-Choice-Antworten zur Auswahl vorgelegt (Leonard et al., 1995). Eine Frage lautete, was man tun sollte, wenn eine Patientin einem berichtet, dass es ihr ganz schlecht gehe, weil ihr voriger Therapeut eine sexuelle Beziehung zu ihr aufgenommen und dann abgebrochen habe, sofern dies die dritte Patientin ist, von der man von einem sexuellen Übergriff dieses Kollegen hört. Darauf antworteten 10% der befragten Therapeuten, man solle den Ärger der Patientin diskutieren, aber nicht auf die berufsethischen Standards zu sprechen kommen; 18% meinten, man solle den früheren Therapeuten anrufen und ihm sagen, dass dies von ihm berichtete Verhalten nicht mit den Ethik-Richtlinien vereinbar sei; 57% meinten, man solle der Patientin sagen, dass sie bei dem Ethik-Komitee oder der Approbationsbehörde Beschwerde einlegen könne; 14% meinten, sie würden selbst gegen diesen Kollegen eine Ethik-Beschwerde erheben.

Fürsorge

Das Prinzip der Fürsorge verlangt die *Verhinderung* von Schäden, die *Beseitigung* oder *Linderung* von Schäden und die *Verbesserung* der Situation anderer. Damit die Psychotherapie effektiv zur Verbesserung des Befindens der Patienten beitragen kann, sollte sich der Therapeut bei der Übernahme einer Behandlung überlegen, ob der Patient gut beraten ist, wenn er mit seinem Problem zu ihm kommt, oder ob er besser zu einem Kollegen geht, der einen anderen, in diesem Fall vielleicht besser indizierten therapeutischen Ansatz vertritt. Er sollte den Patienten in dessen eigenem bestem Interesse beraten und dabei die Grenzen des eigenen fachlichen Könnens und der eigenen fachlichen Orientierung bedenken. Ferner sollte er mit dem Patienten realistische Therapieziele vereinbaren, die der vom Patienten gewünschten Zieltiefe entsprechen und die zeitliche Limitierung der Therapie sowie die tatsächlichen Lebensverhältnisse des Patienten berücksichtigen. Schließlich sollte er Setting und Beziehungsangebot hinsichtlich Frequenz, Dauer, Regressionstiefe und Einbeziehung spezifischer Interventionsformen so gestalten, dass es auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist und seine Weiterentwicklung möglichst fördert (Grawe, 1995). Jedes Setting (Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie, ambulant oder stationär, hochfrequent oder niederfrequent) eröffnet spezifische Möglichkeiten, lädt zur Darstellung bestimmter Probleme ein, spricht bestimmte kognitive und emotionale Potentiale an und birgt bestimmte vorher zu bedenkende Risiken (Fürstenau, 1992).

Der Therapeut ist nach dem Prinzip der Fürsorge verantwortlich für ein *professionell akzeptables therapeutisches Ange-*

bot und muss dabei die Grenzen der Therapie (verfügbare Arbeitszeit, Lebensbedingungen und strukturelle oder konflikthafte Einschränkungen des Patienten) und die Therapieziele im Auge behalten. Störend können sich hier sowohl fachliche als auch persönlichkeitsbedingte Unzulänglichkeiten des Therapeuten auswirken. Fachliche Unzulänglichkeiten sind meist die Folge ungenügender Aus- und Weiterbildung, denn Erfahrungs- und Informationsdefizite führen zu Fehleinschätzungen und unzweckmäßigem Vorgehen. Persönlichkeitsbedingte Unzulänglichkeiten sind die neurotischen Tendenzen der Therapeuten, die trotz der Bearbeitung in der Selbsterfahrung nicht genügend verändert werden konnten und in den Therapien zu Gegenagieren, defensiven Abwehrarrangements und Kollusionen mit den Patienten führen, wofür die Struktur der therapeutischen Situation vielfältige Verführungs- und Gefahrenmomente bereithält. So können etwa eigene Nähe-Distanz-Probleme der Therapeuten eine engagierte, aber klar abgegrenzte therapeutische Beziehung erschweren. Wenig produktiv und damit wenig fürsorglich ist oft auch eine zu starke Identifikation mit dem Patienten. Der Wunsch, den Patienten gut zu verstehen, kann dann zur Ausblendung „störender“ Aspekte führen und so die Wahrnehmung und Bearbeitung unangenehmer Realitäten, illusionärer Hoffnungen, negativer Gefühle und Übertragungsanteile verhindern.

Respektierung von Selbstbestimmung

Das Prinzip der Respektierung von Selbstbestimmung meint die Achtung vor den Lebensplänen, Idealen, Zielen und Wünschen anderer, auch wenn man sie nicht teilt. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten impliziert vor allem seine Freiheit, ein Therapieangebot auszuschlagen und eine aufgenommene Therapie abzubrechen. Ethisch und rechtlich ist für die Aufnahme und Weiterführung einer Therapie immer der *informed consent* des Patienten notwendig. Der Therapeut muss dem Patienten genau erklären, was für eine Art Behandlung er ihm empfiehlt, wie die Rahmenbedingungen und das Setting aussehen sollen, welche positiven Wirkungen zu erwarten sind, welche Risiken auftreten können und welche Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung existieren. Durch eine klare und explizite Vereinbarung von Zielen, Regeln und Settingbedingungen wird die Situation für beide Beteiligten transparent und verlässlich, was für beide einen Schutz bedeutet (Kernberg, 1978).

Bei der Vereinbarung der Therapieziele ist wichtig, dass der Therapeut gelernt hat, klar zwischen *Zielen* und *Mitteln* zu unterscheiden (Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1999). Experte ist er nur hinsichtlich der Mittel (der einzusetzenden Verfahren), nicht hinsichtlich der Ziele der Therapie. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass der Therapeut keine anderen als die Ziele, in die er zu Anfang eingewilligt hat, verfolgt, und zwar auch dann, wenn der Therapeut die mit dem Patienten abgestimmten Ziele aufgrund abweichender Überzeugungen oder Präferenzen nur unvollkommen teilt. Gegenüber Werten und Überzeugungen des Patienten sollte der Therapeut normalerweise technische Neutralität wahren.

Falls die Werte erheblich divergieren, kann eine Zusammenarbeit schwierig sein und sich aus Gründen der Fürsorge für den Patienten verbieten. Bei ausgesprochen antisozialen Normen wiederum wird eine Diskussion der Werte notwendiger Bestandteil der Therapie sein, etwa bei einem überzeugten Skinhead, dem das Leben und Wohlbefinden anderer völlig gleichgültig sind und der die Welt so beschissen findet, dass es überhaupt nicht darauf ankommt, wie man sich in ihr verhält.

Bei der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten besteht gelegentlich die Notwendigkeit massiver paternalistischer Eingriffe in die Autonomie des Patienten, z. B. die vorübergehende Einweisung in eine Klinik oder im Extremfall die Fixierung des Patienten. Diese sind immer dann ethisch gerechtfertigt, wenn der Patient in der aktuellen Situation über zu wenig Möglichkeiten der Selbstverantwortung, Selbststeuerung und Selbstfürsorge verfügt und durch seine aggressiven oder selbstdestruktiven Impulse für sich selbst oder für andere gefährlich wird. Schützende Grenzen zu setzen ist dann ein Element der Fürsorge für den Patienten (Sachsse, 1994, S. 141 ff.).

Gerechtigkeit und Gleichheit

Die allgemeine Versorgungsverpflichtung mit dem Anspruch jedes Patienten auf gleichen Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten lässt sich im Bereich der ambulanten Versorgung mangels Nachweis- und Sanktionsmöglichkeiten praktisch kaum durchsetzen. Schwierige Patienten haben schlechtere Chancen, und Patienten, die angenehm im Umgang, flexibel in ihrer Zeitgestaltung und gut versichert sind, finden immer leichter einen Therapieplatz als andere. Angesichts der im Allgemeinen höheren Therapiebedürftigkeit der schwierigeren Patienten ist damit die Verteilungsgerechtigkeit gleich doppelt verletzt. Aber natürlich gibt es auch für jeden Therapeuten legitime Grenzen der Zumutbarkeit: Idealnormen sind wichtig als Orientierungsmarken und für das eigene Selbstverständnis, lassen sich aber nur begrenzt in die Praxis umsetzen. Sinnvolle Praxisnormen müssen auch Aspekte wie Zumutbarkeit und Durchsetzbarkeit berücksichtigen. Eine nicht zu überschreitende Grenze der Zumutbarkeit ist die körperliche und psychische Integrität: Fühlt man sich von einem Patienten körperlich bedroht, kann man kaum mit ihm therapeutisch arbeiten (Dulz und Schneider, 1995, S. 69). Dasselbe gilt, wenn er einen stärker provoziert, als man im Stande ist, kognitiv und emotional zu verarbeiten, obwohl man Hilfe von Supervisions- und Interventionsgruppen in Anspruch genommen hat. Therapieabbrüche wiederum haben belastende Nachwirkungen für alle Beteiligten. Insofern ist der Vorbehalt gegen die Übernahme besonders schwieriger Patienten durchaus nachvollziehbar, sollte jedoch von jedem Therapeuten mit seiner allgemeinen Versorgungsverpflichtung abgeglichen werden. Im Endeffekt sollte jeder bereit sein, seinen Anteil an schwierigen Behandlungen zu übernehmen, damit diese sich auf viele Schultern verteilen. Was ein fairer Anteil ist, ist natürlich schwer allgemein festzulegen. Zu hoffen ist auf eine Verfeinerung der moralischen Sensibilität durch den

Austausch unter Kollegen. Daher sollten ethische Fragen anhand der in der Praxis anliegenden Entscheidungsprobleme in Supervisions- und Intervisionsgruppen regelmäßig diskutiert werden.

Loyalität

Abstinenz- und Schweigeverpflichtung des Therapeuten machen die therapeutische Beziehung zu einer Vertrauensbeziehung, die der Patient als Entwicklungsraum nutzen kann. Gerade bei persönlichkeitsgestörten Patienten kommen jedoch nicht selten *unprofessionelle Settingvereinbarungen* vor mit *Beziehungsvermischungen* (dual relationships), die die Entstehung eines therapeutischen Entwicklungsraums von vornherein verhindern.

Beziehungen auf Gegenseitigkeit zerstören die Professionalität der durch Regeln und Grenzen definierten therapeutischen Beziehung. Die Asymmetrie der Therapeut-Patient-Beziehung, die dadurch entsteht, dass der Therapeut den Patienten wesentlich besser kennt als der Patient den Therapeuten, schließt eine gleichrangige Geschäftsbeziehung aus. Ist der Therapeut gleichzeitig Liebhaber, Vermieter, Arbeitgeber oder bester Freund, ist die Beziehung nicht mehr professionell. Das Erkennen, Analysieren und Handhaben von Übertragungsprozessen wird unmöglich. Dass es dennoch zu solchen Beziehungsvermischungen kommt, erklärt sich meist durch Unaufmerksamkeit (Nicht-Bedenken möglicher Probleme) und Gedankenlosigkeit („Andere tun es auch“; Pope, 1995). Gelegentlich wird auch (rationalisierend) ein bewusster therapeutischer Zweck behauptet, z. B. die Entwicklung der sexuellen Erlebnisfähigkeit durch Erprobung von Sexualität in nährend-warmer, ganzheitlich-akzeptierender Atmosphäre. Natürlich muss man unprofessionelle Beziehungsvermischungen von belanglosen Alltagsbegegnungen unterscheiden. In Kleinstädten und ländlichen Regionen ist es fast unmöglich, Patienten zu finden, mit denen man im Alltag nichts zu tun hat (Wächtler, 1999).

Auch *Verletzungen der Schweigepflicht* durch eine mit dem Patienten nicht abgesprochene Weitergabe von Informationen an Angehörige, Arbeitgeber oder Krankenkassen können zu Vertrauenskrisen führen und Therapien scheitern lassen. Besonders bei der Behandlung Jugendlicher kann die Schweigepflicht zum Problem werden, etwa wenn Eltern über den Drogenkonsum ihrer Kinder informiert werden wollen oder in Elterngesprächen indiskret erworbene Informationen vorlegen (z. B. Tagebuchaufzeichnungen oder Fotos). Auf der anderen Seite ist der Therapeut aber auch dem Allgemeinwohl verpflichtet, so dass, wenn etwa impulsive Patienten mit eingeschränkten Fähigkeiten der Selbststeuerung für Außenstehende gefährlich werden, ein Loyalitätskonflikt unausweichlich wird. Bei einem ernsthaften Risiko von Straftaten gegen Leib und Leben hat der Schutz des Dritten (bzw. die Rechtssicherheit) Vorrang. Berichtet etwa ein Patient, dass er kürzlich eine Frau vergewaltigt hat, Gott sei Dank aber ungesehen davongekommen sei, oder kündigt ein Patient an, seine Freundin, da sie mit einem anderen Mann ausgegangen

ist, umbringen zu wollen, ist die Gefahr für den Dritten ein zwingender Grund, die Polizei zu informieren bzw. die Freundin zu warnen. Andere Fälle sind weniger eindeutig.

Nach Empfehlung der *Ethik-Kommission der American Medical Association* sollten Ärzte bei einer möglichen gravierenden Gefährdung Dritter zunächst versuchen, den Patienten zu verantwortlichem Handeln zu motivieren. Schlägt dieser Versuch fehl, sollte das zuständige Gesundheitsamt informiert oder der gefährdete Dritte gewarnt werden. Vorher sollte der Therapeut den Patienten allerdings über den geplanten Schritt aufklären und ihm die gesetzlichen und ethischen Gründe dafür darlegen (Morrison, 1995).

Literatur

- Beauchamp TL, Childress JF (1979): Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press
- Bentham J (1789): Einführung in die Prinzipien der Moral und der Gesetzgebung (1789), Kap. 1-5. In: Höffe O (Hrsg.): Einführung in die utilitaristische Ethik. München: Beck, S. 35-58
- Bersoff DN (Hrsg.) (1995): Ethical Conflicts in Psychology. Washington: American Psychological Association
- Dulz B, Schneider A (1995): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Fürstenau P (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer
- Grawe K (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40:130-145
- Hare RM (1973): Freiheit und Vernunft. Düsseldorf: Patmos
- Heyne C (1991): Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Therapie. Zürich: Kreuz
- Heyne C (1999): Sexuelle Übergriffe in Beratung und Therapie – Typische Abläufe im Spannungsfeld von Machtmißbrauch und Manipulation. In: Quinten C, Roeb W (Hrsg.): Nach bestem Wissen und Gewissen. Ethik in der Psychotherapie. Texte aus der Suchttherapie, Praxis und Forschung, Fachklinik Thommener Höhe, Bd. 11,1:67-85
- Hirsch M (1994): Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie. 3. Aufl. Berlin: Springer
- Hume D (1751): Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral (1751). Stuttgart: Reclam
- Kant I (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (1785). Stuttgart: Reclam
- Kernberg OF (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp
- Kitchener KS (1984): Intuition, critical evaluation and ethical principles. The foundation for ethical decisions in counselling psychology. Counsel Psychol 12:43-56
- Kottje-Birnbacher L, Birnbacher D (1995): Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. Psychotherapeut 40:59-68
- Kottje-Birnbacher L, Birnbacher D (1999): Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe, S. 15-33
- Leonard J, Haas LJ, Malouf JL, Mayerson NH (1995): Ethical dilemmas in psychological practice. Results of a national survey. In: Bersoff DN (ed.): Ethical conflicts in psychology. Washington: American Psychological Association, pp. 90-98
- Löwer-Hirsch M (1998): Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Zwölf Fallgeschichten: Elf Frauen und ein Therapeut. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- Morrison CF (1995): AIDS: Ethical implications for psychological intervention. In: Bersoff DN (ed.): Ethical Conflicts in Psychology. Washington: American Psychological Association, pp. 202-206
- Pope KS (1995): Dual relationships in psychotherapy. In: Bersoff DN (ed.): Ethical Conflicts in Psychology. Washington: American Psychological Association, pp. 209-213
- Reimer C (1991a): Schwierige Patienten und ihre Therapeuten. *Prax Psychother Psychosom*, 36:173-181
- Reimer C (1991b): Ethik der Psychotherapie. In: Pöldinger W, Wagner W (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie. Werte begründung – Wertdurchsetzung. Berlin: Springer, S. 127-147
- Rohde-Dachser C (1979): Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber
- Rohde-Dachser C (1981): Dyade als Illusion? *Z Psychosom Med* 27:318-337
- Sachsse U (1994): Selbstverletzendes Verhalten. *Psychodynamik – Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schopenhauer A (1977): Preisschrift über die Grundlage der Moral (1840). In: Schopenhauer A., Werke in zehn Bänden. Bd. 6. Zürich: Diogenes
- Wächtler H (1999): Die Abstinenzregel und die Wirklichkeit. *Psychotherapeut* 44:387-389

Prof. Dr. Dieter Birnbacher

Philosophisches Institut
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
40255 Düsseldorf

E-Mail: dieter.birnbacher@uni-duesseldorf.de

Dr. Leonore Kottje-Birnbacher, Dipl. Psych.

Düsseldorfer Str. 55 • 40545 Düsseldorf