

Jahrbuch der
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Heinrich Heine
HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT
DÜSSELDORF

2005/2006

Heinrich Heine

**Jahrbuch der
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
2005/2006**

**Jahrbuch der
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
2005/2006**

**Herausgegeben vom Rektor
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Univ.-Prof. Dr. Dr. Alfons Labisch**

**Konzeption und Redaktion:
em. Univ.-Prof. Dr. Hans Süßmuth**

© Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2006
Einbandgestaltung: Wiedemeier & Martin, Düsseldorf
Titelbild: Schloss Mickeln, Tagungszentrum der Universität
Redaktionsassistentz: Georg Stüttgen
Beratung: Friedrich-K. Unterweg
Satz: Friedhelm Sowa, L^AT_EX
Herstellung: WAZ-Druck GmbH & Co. KG, Duisburg
Gesetzt aus der Adobe Times
ISBN 3-9808514-4-3

Inhalt

Vorwort des Rektors	11
Gedenken	15
Rektorat	17
ALFONS LABISCH (Rektor)	
Die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist eine Forschungsuniversität ..	19
HILDEGARD HAMMER	
Der Bologna-Prozess – Chancen und Schwächen einer erzwungenen Studienreform	29
CHRISTOPH AUF DER HORST	
Das Studium Universale der Heinrich-Heine-Universität zwischen „akademeia“ und „universitas“	41
40 Jahre Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	
HERMANN LÜBBE	
Universitätsjubiläen oder die Selbsthistorisierung der Wissenschaften	53
Medizinische Fakultät	
<i>Dekanat</i>	65
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i>	69
WOLFGANG H. M. RAAB (Dekan) und SIBYLLE SOBOLL	
Forschung und Lehre in der Medizinischen Fakultät	73
JÜRGEN SCHRADER	
Systembiologie – Neue Perspektiven für die Medizin?	79
ORTWIN ADAMS und HARTMUT HENGEL	
Husten, Schnupfen, Heiserkeit – Über alte und neue Respirationstraktviren	85
WILFRIED BUDACH und EDWIN BÖLKE	
Strahlende Zukunft – Radioonkologie 2010	103
HILDEGARD GRASS und STEFANIE RITZ-TIMME	
Frauen- und Geschlechterforschung, Gewaltopfer und Rechtsmedizin	107
GESINE KÖGLER und PETER WERNET	
Die José Carreras Stammzellbank Düsseldorf – Entwicklung, klinische Ergebnisse und Perspektiven	119

NIKOLAS HENDRIK STOECKLEIN und WOLFRAM TRUDO KNOEFEL Disseminierte Tumorzellen bei gastrointestinalen Karzinomen – Molekular- genetische Analyse der relevanten Tumorzellen zum Aufsuchen therapeu- tischer Zielstrukturen für effektive adjuvante Therapien	137
---	-----

Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät

<i>Dekanat</i>	151
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i>	153
PETER WESTHOFF (Dekan) Die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät – Der Weg im Jahr 2005	159
JÖRG BREITKREUTZ Arzneizubereitungen für Kinder	161
STEFAN U. EDELHAAF Weiche Materie – Treffpunkt von Physik, Chemie und Biologie	173
THOMAS HEINZEL Nanoelektronik und mesoskopischer Transport	185
MICHAEL LEUSCHEL und JENS BENDISPOSTO Das ProB-Werkzeug zur Validierung formaler Softwaremodelle	199
CHRISTINE R. ROSE Doppelt hält besser – Elektrische und chemische Signalgebung in Gehirnzellen	209

Philosophische Fakultät

<i>Dekanat</i>	227
<i>Neu berufene Professorinnen und Professoren</i>	229
BERND WITTE (Dekan) Die Philosophische Fakultät auf dem Weg in die entgrenzte Wissensgesellschaft	231
ANDREA VON HÜLSEN-ESCH, WILHELM G. BUSSE und CHRISTOPH KANN Das Forschungsinstitut für Mittelalter und Renaissance	237
SABINE KROPP Institutionenbildung in postsowjetischen Ländern – Entwurf eines Analysekonzepts	245
KARL-HEINZ REUBAND Teilhabe der Bürger an der „Hochkultur“ – Die Nutzung kultureller Infrastruktur und ihre sozialen Determinanten	263

SHINGO SHIMADA	
Wozu „Modernes Japan“? Zur Konzeptualisierung des Lehrstuhls „Modernes Japan II mit sozialwissenschaftlichem Schwerpunkt“	285
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät	
<i>Dekanat</i>	293
CHRISTOPH J. BÖRNER (Dekan)	
Bachelor und Master in der Betriebswirtschaftslehre – Der Düsseldorfer Ansatz	295
HEINZ-DIETER SMEETS und H. JÖRG THIEME	
Demographische Entwicklung und Globalisierung – Ökonomische Konsequenzen	311
HORST DEGEN und PETER LORSCHIED	
„Euro = Teuro“ – Lässt sich diese Gleichung statistisch belegen?	329
BERND GÜNTER und LUDGER ROLFES	
Wenn Kunden lästig werden – Kundenbewertung und Umgang mit unprofitablen Kundenbeziehungen durch Unternehmen	345
BERND GÜNTER	
Über den Tellerrand hinaus – „Studium laterale“	359
Juristische Fakultät	
<i>Dekanat</i>	367
HORST SCHLEHOFER (Dekan)	
Das Bachelor-Master-System – Ein Modell für die Juristenausbildung?	369
ANDREAS FEUERBORN	
Der integrierte deutsch-französische Studiengang der Juristischen Fakultäten der Université de Cergy-Pontoise und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	379
ULF PALLME KÖNIG	
Die rechtliche Einordnung der Kooperationsvereinbarung zwischen Uni- versität und Universitätsklinikum nach nordrhein-westfälischem Recht	387
Gesellschaft von Freunden und Förderern der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf e.V.	
GERT KAISER	
Die Freundesgesellschaft der Heinrich-Heine-Universität	401
OTHMAR KALTHOFF	
Jahresbericht 2005	405

Sonderforschungsbereiche der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

- CHRISTEL M. MARIAN und WILHELM STAHL
 Der Sonderforschungsbereich 663
 „Molekulare Antwort nach elektronischer Anregung“ 409

Forschergruppen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

- VICTORIA KOLB-BACHOFEN, MIRIAM CORTESE, JÖRG LIEBMANN,
 SABINE KOCH und NICOLE FITZNER
 Regulation der Entzündungsreaktion –
 Eine wichtige Rolle für Stickstoffmonoxid 421

- DIRK SCHUBERT und JOCHEN F. STAIGER
 Die Analyse von „Was“ und „Wo“ in neuronalen Netzen
 des primären somatosensorischen Kortex 433

Graduiertenkollegs der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

- OSWALD WILLI
 Das Graduiertenkolleg 1203
 „Dynamik heißer Plasmen“ 453

- AXEL GÖDECKE
 Proteininteraktionen und -modifikationen im Herzen –
 Das Graduiertenkolleg 1089 auf dem Weg
 in das postgenomische Zeitalter 459

Zentrale wissenschaftliche Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Humanwissenschaftlich-Medizinisches Forschungszentrum

- DIETER BIRNBACHER
 Das Humanwissenschaftlich-Medizinische Forschungszentrum
 der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 475

- DIETER BIRNBACHER und LEONORE KOTTJE-BIRNBACHER
 Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten
 mit Persönlichkeitsstörungen 477

Biotechnologie – Ein gemeinsamer Forschungsschwerpunkt der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und des Forschungszentrums Jülich

- KARL-ERICH JAEGER
 Das Zentrum für Mikrobielle Biotechnologie 491

CHRISTIAN LEGGEWIE, THOMAS DREPPER, THORSTEN EGGERT, WERNER HUMMEL, MARTINA POHL, FRANK ROSENAU und KARL-ERICH JAEGER Molekulare Enzymtechnologie – Vom Gen zum industriellen Biokatalysator	501
--	-----

JÖRG PIETRUSZKA, ANJA C. M. RIECHE, NIKLAS SCHÖNE und THORSTEN WILHELM Naturstoffchemie – Ein herausforderndes Puzzlespiel	519
--	-----

Institute an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Institut für umweltmedizinische Forschung

JEAN KRUTMANN Das Institut für umweltmedizinische Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gGmbH	535
--	-----

Institute in Zusammenarbeit mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Düsseldorfer Institut für Dienstleistungs-Management

WINFRIED HAMEL Das Düsseldorfer Institut für Dienstleistungs-Management – Eine virtuelle Forschungseinrichtung	561
--	-----

Institut für Internationale Kommunikation

CHRISTINE SCHWARZER und MATTHIAS JUNG Universitätsnah wirtschaften – Das Institut für Internationale Kommunikation in Zusammenarbeit mit der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf e.V.	573
---	-----

Zentrale Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Universitäts- und Landesbibliothek

IRMGARD SIEBERT und CAROLA SPIES Aufbruch in die Zukunft – Der 94. Deutsche Bibliothekartag in Düsseldorf	589
---	-----

Universitätsrechenzentrum

STEPHAN OLBRICH, NILS JENSEN und GABRIEL GAUS EVITA – Effiziente Methoden zur Visualisierung in tele-immersiven Anwendungen	607
---	-----

**DIETER BIRNBACHER und LEONORE
KOTTJE-BIRNBACHER**

**Ethische Fragen bei der Behandlung von Patienten
mit Persönlichkeitsstörungen**

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 unter anderem aufgrund ihres subjektiven Leidens einen besonders vordringlichen Anspruch auf therapeutische Hilfe. Andererseits sieht sich der Therapeut oftmals durch diese Patienten überfordert. Es ist ja keineswegs zufällig, dass diese Patienten 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 schweigen¹

Zweitens gibt sich der Therapeut bei der Behandlung dieser Patienten in eine moralisch in besonderer Weise 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 weiter gehende 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 aufgrund 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.

¹ Vgl. Reimer (1991a: 174f.).

Die wichtigen Dimensionen der Realitätswahrnehmung und -prüfung, 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 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 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 und 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.

Das Vier-Prinzipien-Modell

Die amerikanischen Ethiker Tom Beauchamp und James Childress (1979) gehen in ihrem pragmatischen Ansatz einer Medizinethik von einem Quartett von Prinzipien aus:

1. dem Prinzip der Nichtschädigung (*non-malificence*),
2. dem Prinzip der Fürsorge (*beneficence*),
3. dem Prinzip der Respektierung von Selbstbestimmung (*autonomy*) und
4. dem Prinzip der Gerechtigkeit und Gleichheit (*justice*).

Der entscheidende Vorzug dieses so genannten Vier-Prinzipien-Modells ist, dass sich die Ethiker aller unterschiedlichen weltanschaulichen und philosophischen Ausgangspunkte über die Relevanz dieser Prinzipien für die Beurteilung moralischer Problemsituationen einig sind. Worin sie sich weniger einig sind, ist die Frage, 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.

Das *Prinzip der Nichtschädigung* verbietet, anderen Schaden an Leib, Leben oder Eigentum zuzufügen oder sie in diesen Hinsichten 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 Respektierung von Selbstbestimmung* meint die Achtung vor den Lebensplänen, Idealen, Zielen und Wünschen anderer, mögen diese auch mehr oder weniger unnachvollziehbar, abwegig oder moralisch bedenklich erscheinen. Dass der Wille anderer geachtet wird – gleichgültig, ob er seinerseits selbst- 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 relevanten Hinsichten 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 der therapeutischen Praxis?

Die Umsetzung dieser Prinzipien in der therapeutischen 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*: Im zweiten Schritt gilt es, die moralischen Problem- und Konfliktbereiche zu identifizieren, und zwar anhand der durch die fünf Prinzipien vorgegebenen Leitbegriffe: In welchen Hinsichten 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 gegeneinander. 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 bedeutet. Der Therapeut hat nicht nur Pflichten, er hat auch Rechte, insbesondere das Recht, sich nicht alles zumuten lassen zu müssen. Er wird deshalb auch das, was ihn höchstpersönlich die Behandlung des Patienten an psychischer Energie, an Wohlbefinden, an materiellem Verzicht und 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 Prozent der praktizierenden Therapeuten zu, in ihrem Berufsalltag von Zeit zu Zeit gegen Gesetze oder ethische Prinzipien zu verstoßen.² 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.

² Vgl. Bersoff (1995: 66).

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.³ 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 dem daraus entstehendem 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 selbst-

³ Vgl. Rohde-Dachser (1979: 187f.).

destruktiv wie ein enttäuschtes, wütendes Kind, besteht die Gefahr, dass der Therapeut aggressiv die Position der „bösen Eltern“ übernimmt.

Je nach dem 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 schädigenden Grenzverletzungen ist erschreckend – etwa zehn Prozent der Therapeuten gaben in Befragungen zu, schon einmal mit Patienten eine sexuelle Beziehung gehabt zu haben⁴ –, aber auch der beteiligte Täterkreis. Es handelt sich weitgehend nicht um Berufsanfänger, sondern in der Mehrzahl um gut ausgebildete und beruflich gut etablierte Therapeuten, darunter etliche Lehranalytiker und Ausbilder. Es sind in der Mehrzahl Wiederholungstäter mit besonderer Anfälligkeit durch Persönlichkeitsstruktur, Lebenskrisen, mangelnde Selbstdisziplin und ethische Verankerung. In der Literatur⁵ sind 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 dem Zerschneiden der Familie berücksichtigen.⁶

Um Schädigungen nach Möglichkeit zu vermeiden, sollte jeder Therapeut sich um *ausreichende Fortbildung und 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.⁷ 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

⁴ Vgl. Heyne (1999: 68) und Reimer (1991b: 130).

⁵ Vgl. Heyne (1991), Reimer (1991b), Löwer-Hirsch (1998) und Heyne (1999).

⁶ Vgl. Hirsch (1994).

⁷ Vgl. Rohde-Dachser (1981).

einführen und Tabus brechen. Das alles kann zu erheblichem Aufruhr in den Familien und auch zu Erkrankungen von Angehörigen führen.⁸

Ethisch schwierige Fragen entstehen für den Therapeuten, wenn er über Patienten von gravierenden *Behandlungsfehlern seiner Kollegen* erfährt. Er muss dann abwägen, wie weit 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.⁹ Eine Frage lautete: Was soll man tun, wenn eine Patientin berichtet, dass es ihr ganz schlecht geht, weil ihr voriger Therapeut eine sexuelle Beziehung zu ihr aufgenommen und dann abgebrochen hat, und dies die dritte Patientin ist, von der man von einem sexuellen Übergriff dieses Kollegen hört? Darauf antworteten zehn Prozent der befragten Therapeuten, man solle den Ärger der Patientin diskutieren, aber nicht auf die berufsethischen Standards zu sprechen kommen; 18 Prozent meinten, man solle den früheren Therapeuten anrufen und ihm sagen, dass das über ihn berichtete Verhalten nicht mit den Ethikrichtlinien vereinbar sei; 57 Prozent meinten, man solle der Patientin sagen, dass sie bei dem Ethikkomitee oder der Approbationsbehörde Beschwerde einlegen könne; 14 Prozent meinten, sie würden selbst gegen diesen Kollegen eine Ethikbeschwerde 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 des 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 besten Interesse beraten und dabei die Grenzen des eigenen fachlichen Könnens und der eigenen fachlichen Orientierung bedenken. Ferner sollte er mit ihm realistische Therapieziele vereinbaren, die der vom Patienten gewünschten Zieltiefe entsprechen und die zeitliche Limitierung der Therapie sowie seine tatsächlichen Lebensverhältnisse berücksichtigen. Schließlich sollte er Setting und Beziehungsangebot hinsichtlich Frequenz, Dauer, Regressionsstiefe und Einbeziehung spezifischer Interventionsformen so gestalten, dass es auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist und seine Weiterentwicklung möglichst fördert.¹⁰ Jedes Setting – Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie, ambulant oder stationär, hochfrequent oder niederfrequent – eröffnet spezifische Möglichkeiten, lädt zur Darstellung bestimmter Probleme

⁸ Vgl. Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1995).

⁹ Vgl. Leonard *et al.* (1995).

¹⁰ Vgl. Grawe (1995).

me ein, spricht bestimmte kognitive und emotionale Potenziale an und birgt bestimmte, vorher zu bedenkende Risiken.¹¹

Der Therapeut ist nach dem Prinzip der Fürsorge verantwortlich für ein *professionell akzeptables therapeutisches Angebot* 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 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 des Therapeuten, die trotz der Bearbeitung in der Selbsterfahrung nicht genügend verändert werden konnten und in den Therapien zu Gegenagieren, defensiven Abwehrarrangements und Kollusionen mit dem Patienten führen, wofür die Struktur der therapeutischen Situation vielfältige Verführungs- und Gefahrenmomente bereithält. So können etwa eigene Nähe-Distanz-Probleme des 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, welche 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.¹²

Bei der Vereinbarung der Therapieziele ist wichtig, dass der Therapeut gelernt hat, klar zwischen *Zielen* und *Mitteln* zu unterscheiden.¹³ 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 diver-

¹¹ Vgl. Fürstenau (1992).

¹² Vgl. Kernberg (1978).

¹³ Vgl. Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1999).

gieren, 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 deren Autonomie, z. B. die vorübergehende Einweisung in eine Klinik oder im Extremfall die Fixierung. 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 sich selbst oder anderen gefährlich wird. Schützende Grenzen zu setzen ist dann ein Element der Fürsorge für den Patienten.¹⁴

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 unüberschreitbare Grenze der Zumutbarkeit ist die körperliche und psychische Integrität: Fühlt man sich von einem Patienten körperlich bedroht, kann man kaum mit ihm therapeutisch arbeiten.¹⁵ Dasselbe gilt, wenn man von ihm stärker provoziert wird, als man im Stande ist, kognitiv und emotional zu verarbeiten, obwohl man Hilfe durch 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 Interventionsgruppen regelmäßig diskutiert werden.

¹⁴ Vgl. Sachsse (1994: 141ff.).

¹⁵ Vgl. Dulz und Schneider (1995: 69).

Loyalität

Abstinenz- und Schweigepflicht 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 mit Beziehungsvermischungen (dual relationships)* vor, 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 keine professionelle mehr. Das Erkennen, Analysieren und Handhaben von Übertragungsprozessen wird unmöglich. Dass es dennoch zu solchen Beziehungsvermischungen kommt, erklärt sich meist durch Unaufmerksamkeit Nichtbedenken möglicher Probleme) und Gedankenlosigkeit („andere tun es auch“).¹⁶ 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, denen man im Alltag nicht begegnet.¹⁷

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 Außenstehenden 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 habe, Gott sei Dank aber ungesehen davongekommen sei, oder kündigt ein Patient an, seine Freundin umbringen zu wollen, da sie mit einem anderen Mann ausgegangen sei, ist die Gefahr für den Dritten ein zwingender Grund, die Polizei zu informieren bzw. die Freundin zu warnen. Andere Fälle sind weniger eindeutig.

Literatur

BEAUCHAMP, T. L. und J. F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. New York 1979.

BERSOFF, D. N. (Hrsg.). *Ethical Conflicts in Psychology*. Washington, D.C., 1995.

DULZ, B. und A. SCHNEIDER. *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart 1995.

¹⁶ Vgl. Pope (1995).

¹⁷ Vgl. Wächtler (1999).

- FÜRSTENAU, P. *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. München 1992.
- GRAWE, K. „Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie“, *Psychotherapeut* 40 (1995), 130-145.
- HEYNE, C. *Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Therapie*. Zürich 1991.
- HEYNE, C. „Sexuelle Übergriffe in Beratung und Therapie – Typische Abläufe im Spannungsfeld von Machtmißbrauch und Manipulation“, in: C. QUINTEN und W. ROEB (Hrsg.). *Nach bestem Wissen und Gewissen. Ethik in der Psychotherapie. Texte aus der Suchttherapie, Praxis und Forschung, Fachklinik Thommener Höhe*. Bd. 11, 1. Darscheid 1999, 67-85.
- HIRSCH, M. *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie*. Berlin ³1994.
- KERNBERG, O. F. *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt 1978.
- KITCHENER, K. S. „Intuition, critical evaluation and ethical principles. The foundation for ethical decisions in counseling psychology“, *The Counseling Psychologist* 12 (1984), 43-56.
- KOTTJE-BIRNBACHER, L. und D. BIRNBACHER. „Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung“, *Psychotherapeut* 40 (1995), 59-68.
- KOTTJE-BIRNBACHER, L. und D. BIRNBACHER. „Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen“, in: H. AMBÜHL und B. STRAUSS (Hrsg.). *Therapieziele*. Göttingen (1999), 15-33.
- LEONARD, J., L. J. HAAS, J. L. MALOUF und N. H. MAYERSON. „Ethical dilemmas in psychological practice. Results of a national survey“, in: D. N. BERSOFF (Hrsg.). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, D.C., 1995, 90-98.
- LÖWER-HIRSCH, M. *Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Zwölf Fallgeschichten: Elf Frauen und ein Therapeut*. Göttingen 1998.
- POPE, K. S. „Dual relationships in psychotherapy“, in: D. N. BERSOFF (Hrsg.). *Ethical Conflicts in Psychology*. Washington, D.C., 1995, 209-213.
- REIMER, C. „Schwierige Patienten und ihre Therapeuten“, *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36 (1991a), 173-181.
- REIMER, C. „Ethik der Psychotherapie“, in: W. PÖLDINGER und W. WAGNER (Hrsg.). *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertdurchsetzung*. Berlin 1991b, 127-147.
- ROHDE-DACHSER, C. *Das Borderline-Syndrom*. Bern 1979.
- ROHDE-DACHSER, C. „Dyade als Illusion?“, *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 27 (1981), 318-337.
- SACHSSE, U. *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie*. Göttingen 1994.
- WÄCHTLER, H. „Die Abstinenzregel und die Wirklichkeit“, *Psychotherapeut* 44 (1999), 387-389.

