

# 5. Ethik in der Klinischen Psychologie

Stella Reiter-Theil

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |  |    |
|---|----|--|----|
| 1. Einführung   | 63 | 3. Instrumente für die ethische Analyse                          | 68 |
| 1.1. Der systematische Ort der Ethik in der Lehre:<br>Vermittlung ethischer Kompetenz | 63 | 4. Anwendung auf Konfliktfelder in der<br>Klinischen Psychologie | 71 |
| 1.2. Das Allgemeine und das Besondere   | 64 | 4.1 Forschung  | 71 |
| 2. Beiträge der Ethik zur<br>Klinischen Psychologie                                   | 64 | 4.2 Diagnostik   | 72 |
| 2.1 Ethik-Voraussetzungen   | 64 | 4.3 Beratung und Therapie  | 72 |
| 2.2 Ethische Reflexion der Praxis   | 65 | 5. Forschung über Ethik in der<br>Klinischen Psychologie         | 75 |
| 2.3 Umsetzung und Durchsetzung ethischer<br>Orientierung in der Praxis                | 65 | 6. Programmatische Vorschläge                                    | 76 |
| 2.4 Förderung ethischer Kompetenz:<br>Aus-, Weiter- und Fortbildung                   | 67 | 7. Literatur   | 78 |
| 2.5 Ethik-Folgen: Evaluation der Anwendung<br>ethischer Standards                     | 68 |  |    |

## 1. Einführung

### 1.1 Der systematische Ort der Ethik in der Lehre: Vermittlung ethischer Kompetenz

Ein Ethik-Kapitel in einem Lehrbuch der Klinischen Psychologie sollte heute keine Überraschung mehr auslösen angesichts des großen Interesses, das der Ethik in verschiedenen Wissenschaftsgebieten, ihren Anwendungen und auch in der Öffentlichkeit entgegengebracht wird. Dennoch hat Ethik im Rahmen des Psychologiestudiums – und damit auch in der Vermittlung Klinischer Psychologie – noch keine generelle feste Etablierung gefunden. Mit Ausnahme von Österreich, wo das Psychologengesetz seit 1991 vorschreibt, ethische Grundlagen zu vermitteln, besteht im deutschsprachigen Raum keine Verpflichtung, Lehrveranstaltungen zur Ethik in der

Psychologie anzubieten (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991).

Zugrunde gelegt werden sollte hier ein breites Verständnis von Ethik als Selbstreflexion und systematische Reflexion professionellen Handelns bezüglich seiner Folgen und Voraussetzungen, besonders hinsichtlich der an diesem Handeln beteiligten und von diesem betroffenen Menschen. Ein solches breites Verständnis von Ethik in der Psychologie erlaubt eine konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit Fragen der Universalität ethischer Grundsätze gegenüber der aktuell zu beobachtenden Ausformung verschiedener Spezial-Ethiken wie medizinische Ethik, Gesundheitsethik, professionelle Ethik, Patientethik usw. Insbesondere obliegt der ethischen Reflexion die kritische Überprüfung und Legitimierung von Zielen der Klinischen Psychologie und deren Anwendungen, besonders auch der für diese Ziele eingesetzten Mittel und Wege. Ethik muß in der Lehre ex-

plizit bearbeitet werden, wenn erreicht werden soll, daß ethische Grundsätze nicht aus bloßer Konvention, sondern bewußt verfolgt und mit Argumenten vertreten werden können. Die Ausbildung in Ethik hat sowohl auf eine *allgemeine* ethische Grundhaltung des Psychologen hinzuwirken, als auch die Fähigkeit zu vermitteln, *spezielle* ethische Fragen in bestimmten Tätigkeitsbereichen zu durchdringen. Daher kann die Vermittlung von Ethik in der Klinischen Psychologie – wie in der Psychologie und in den Humanwissenschaften überhaupt – nicht eindimensional erfolgen, sondern muß so vielfältige Wege wie Modellernen, Regelwissen, Einübung in Empathie, stringentes Schlußfolgern und anderes integrieren (Kahlke & Reiter-Theil, 1995).

## 1.2 Das Allgemeine und das Besondere

Ethik in der – Klinischen – Psychologie bedeutet nicht, eine «Sonder-Ethik» für eine spezielle Gruppe von Personen und Tätigkeitsbereichen zu konstruieren. Ein solcher Ansatz würde den Geltungsbereich der ethischen Grundsätze untergraben und zugleich eine Aufsplitterung der Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer Grundwerte nahelegen oder sogar fördern. Es ist zwar evident, daß die ethische Reflexion der Forschungsmethoden und -ergebnisse, der Theorien und deren Anwendung im Bereich der Klinischen Psychologie spezifische Inhalte und Strukturmerkmale aufgreifen muß. Die ethische Analyse selbst basiert aber notwendig auf allgemeinen Gesichtspunkten und ist auch auf eine allgemeingültige Orientierung angelegt, die zugleich dem Handelnden und Entscheidenden einen großen Interpretationsspielraum ermöglicht. Dieser Freiraum ist die Domäne der *praktischen Vernunft* oder der Kompetenz, fachliche und ethische Aspekte zu unterscheiden und dennoch zu vereinen. Wenn dabei individuelle und situative Besonderheiten im Vordergrund stehen, bedeutet dies nicht, einer «Situationsethik» oder der Beliebigkeit zu verfallen; vielmehr wird die Notwendigkeit deutlich, allgemeine ethische Orientierung und spezielle Erfordernisse immer wieder neu zu integrieren.

## 2. Beiträge der Ethik zur Klinischen Psychologie

Ethik in der Klinischen Psychologie ist nicht Selbstzweck, sondern hat sich ihrerseits Fragen nach Bedeutung, Wert und Nutzen zu stellen. Eine Übersicht über Funktionen von Ethik in der Klinischen Psychologie gibt Tabelle 1 (Reiter-Theil, 1996).

Tabelle 1: Funktionen von Ethik in der Klinischen Psychologie

|     |   |
|-----|---|
| 1   | Ethik-Voraussetzungen:  |
| 1.1 | Übersicht über Ergebnisse ethikrelevanter Humanwissenschaften   |
| 1.2 | Spezielle empirische Grundlagen                                 |
| 2   | Ethische Reflexion der Praxis:                                  |
| 2.1 | Identifikation von Problemen                                    |
| 2.2 | Kritik  |
| 2.3 | Legitimation  |
| 3   | Umsetzung und Durchsetzung ethischer Orientierung in der Praxis |
| 3.1 | Einrichtung verantwortlicher Gremien u. ä.                      |
| 3.2 | Formulierung von Standards                                      |
| 3.3 | Maßnahmen zum Schutz vor Schaden und Mißbrauch                  |
| 4   | Förderung ethischer Kompetenz: Aus-, Weiter- und Fortbildung    |
| 5   | Ethik-Folgen: Evaluation der Anwendung ethischer Standards      |

### 2.1 Ethik-Voraussetzungen

In dieser Zeit eines Ethik-Booms und der Rede von angewandter oder praktischer Ethik könnte man es für selbstverständlich halten, wenn sich die Ethik eines Wissenschaftsgebietes samt seiner Anwendungen auf *Ergebnisse relevanter Humanwissenschaften* und auf spezielle empirische Grundlagen bezieht, um zu begründeten Aussagen zu kommen. Ethik als philosophische Disziplin ist jedoch lange akademisch autark betrieben und vermittelt worden, und infolge dieser Undurchlässigkeit hat es angrenzenden Gebieten wiederum an Anregungen für ethik-

bezogene Forschung gefehlt (Reiter-Theil, 1997a). Zu den Folgen dieser Orientierung zählt bis heute der Vorwurf der Praxisferne auf seiten der Ethik einerseits, andererseits der Verdacht der Theoriefeindlichkeit auf seiten der Anwendung. Mit der gezielten Öffnung der Ethik für Ergebnisse – speziell empirische – aus anderen Humanwissenschaften soll die Basis für realitätsnahe und praxisbezogene ethische Reflexion geschaffen werden.

Andererseits hat die bisher zaghafte Vernetzung von Ethik und Humanwissenschaften auch damit zu tun, daß eines der zentralen Probleme in der wissenschaftlichen Fundierung moralischer bzw. ethischer Sätze liegt: viele Philosophen gehen von der Unmöglichkeit der Ableitung normativer Sätze von deskriptiven Aussagen aus. Die Verletzung dieses Prinzips wird als *naturalistischer Fehlschluß* bezeichnet. Es ist kein triviales Problem, wie man von Beobachtungen der Humanwissenschaften zur Begründung ethischer Sätze gelangt. Dennoch sind die Ergebnisse der empirischen Wissenschaften für die Ethik von Bedeutung, und zwar vor allem im Hinblick auf die konkrete und praktische Interpretation der ethischen Normen und Werte.

Fachgebiete, deren Ergebnisse für die Ethik insgesamt große Bedeutung haben, sind: Psychologie und Soziologie der Moral, insbesondere auch die Untersuchung bestimmter Personengruppen, die Zielgruppen klinisch-psychologischer Forschung oder Anwendung darstellen, aber auch die humanbiologische Forschung, die zur Weiterentwicklung unseres Menschenbildes beiträgt. Für die Entwicklung einer professionellen Ethik im Bereich der Klinischen Psychologie sind auch Ergebnisse aus Untersuchungen von großem Interesse, die den faktischen Umgang mit ethischen Grundsätzen bei forschenden, beratenden und behandelnden Psychologen, ebenso wie Patienten und Klienten zum Gegenstand haben. Ein konkretes Beispiel für solche Forschung ist etwa die Anwendung sozial- und wertpsychologischer Methoden zur Untersuchung der Frage, welche ethische Orientierung bei Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausrichtung vorliegt (Reiter, 1975; Reiter & Steiner, 1978) oder die Befragung von Psychologen bezüglich der wichtigsten ethischen Probleme in ihrer Praxis,

wie sie von der American Psychological Association unternommen worden ist (Pope & Vetter, 1992).

## 2.2 Ethische Reflexion der Praxis

Während die Auseinandersetzung der Ethik mit Ergebnissen empirischer Humanwissenschaften einen Nachholbedarf aufweist und daher besonderer Betonung bedarf, ist die ethische Reflexion der Praxis selbst ein Kernstück der ethischen Theorie mit einer langen Tradition (Pieper, 1979). Dabei stehen Aufgaben der *Kritik* im Vordergrund, die über jene Selbstkritik hinausgehen, zu der die betroffene Gruppe der Praktiker selbst in der Lage wäre. Um solche Kritik spezifisch und konstruktiv zu gestalten, ist Sorgfalt auf die *Identifikation von Problemen* zu verwenden, die auf dem Wege der *Legitimation* von anderen Grundsätzen oder Verfahrensweisen als den vorgefundenen gelöst werden sollen. Hieraus wird deutlich, daß die ethische Reflexion der Praxis in der Klinischen Psychologie ein interdisziplinäres Unternehmen darstellt und Gebiete wie Forschung, Diagnostik, Beratung und Therapie einbeziehen soll. Die weiter unten ausgeführte kasuistische Reflexion über die ethischen Grundlagen der Therapie ist ein Beispiel für dieses Unternehmen (vgl. auch Reiter-Theil, 1996). Evaluation, Supervision sowie Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sind ebenfalls bezüglich der ihnen zugrunde liegenden ethischen Kriterien und Zielvorstellungen zu untersuchen.

## 2.3 Umsetzung und Durchsetzung ethischer Orientierung in der Praxis

Im Anschluß an die Wahrnehmung und Formulierung von Problemen der Ethik in einem Praxisfeld tritt konsequenterweise die Frage nach der Umsetzung ethischer Einsichten auf.

- *Deutschland:* In der Psychologie insgesamt sind in Deutschland hierzu folgende Maßnahmen ergriffen worden, die im wesentlichen auf der Wirkung von *Gremien* bzw. der Formulierung von *Standards* beruhen: die Einsetzung eines Ethik-Ausschusses beim Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), dessen Erarbei-

tung einer Berufsordnung, die insbesondere auf ethische Fragen – in einem Teilbereich des Spektrums psychologischer Tätigkeit – eingeht (Schuler, 1982), die Einsetzung eines Schieds- und Ehrengerichtes sowie einer Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Diese Ethik-Kommission erarbeitet gegenwärtig in Kooperation mit dem Ethik-Ausschuß des BDP eine erweiterte Fassung von Ethik-Richtlinien, die auch die Bereiche von Forschung und Lehre berücksichtigen sollen.

- *Schweiz:* Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie wurden «Ethische Richtlinien» formuliert, die neben allgemeinen Grundsätzen insbesondere die Beziehung zum Klienten sowie die Tätigkeitsbereiche der Forschung und Lehre thematisieren.
- *Österreich:* Es gelten die einschlägigen österreichischen Gesetze (Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz) seit 1992 (vgl. Kierein et al., 1992) sowie die Ethik-Richtlinien des Berufsverbandes Österreichischer Psychologen (BÖP).

*Klinisch-psychologische Forschung*, die institutionell in der medizinischen Fakultät verankert ist, unterliegt ebenso wie die biomedizinische Forschung am Menschen der Verpflichtung zur Begutachtung durch die jeweilige Ethik-Kommission der betreffenden Fakultät. Diese Ethik-Kommissionen an deutschen medizinischen Fakultäten wurden seit Ende der siebziger Jahre nach amerikanischem Vorbild und nicht ohne externen (moralischen) Druck etabliert. Eine Schlüsselrolle spielte hierbei die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, die auf die 1975 in Tokyo revidierte Fassung der Deklaration von Helsinki und deren Forderung nach Ethik-Kommissionen reagierte (Helmchen, 1995). Die Bezeichnung als «Ethik-Kommission» ist indessen irreführend und gibt immer wieder Anlaß zu Kritik. Im anglo-amerikanischen Sprachraum werden diese ausschließlich zur Begutachtung von Forschungsprotokollen eingerichteten Gremien als *Institutional Review Boards* bezeichnet, während *Ethics Committees* in den amerikanischen Universitätskrankenhäusern ein Beratungsangebot für Behandelnde sowie Patienten oder deren Angehörige darstellen, die mit schwierigen ethischen Fragen konfrontiert sind.

Die Ethik-Kommission an deutschen medizinischen Fakultäten wird häufig mit dem Vorwurf bedacht, sich mit «Ethik» nicht wirklich zu befassen, sondern lediglich formalen und bürokratischen Gesichtspunkten zu genügen und womöglich die Freiheit der Forschung zu behindern. In der Tat läßt sich aber im Rückgriff auf die Erfahrungen und die Dokumentation von Vorsitzenden solcher Kommissionen feststellen, daß nur in den seltensten Fällen Forschungsanträge zurückgewiesen werden, während in einer beträchtlichen Anzahl der Fälle lediglich Mängel beanstandet werden, die auf dem Wege der Beratung des Antragstellers und dessen Nachbesserung seines Protokolls behoben werden dürften. Die Arbeit solcher Gremien verlangt die Formulierung von intersubjektiven Standards oder Verfahrensrichtlinien, die eine transparente und sachliche Handhabung ermöglichen sollen (Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen, zitiert nach Wagner, 1993).

Für die Psychologie in Deutschland existiert bisher vor allem die Berufsordnung, während die Grundsätze der psychotherapeutischen Weiterbildung, wie sie von privaten Einrichtungen formuliert werden, aufgrund der multiprofessionellen und gesetzlich noch unterstrukturierten Situation der Psychotherapie in Deutschland nur von begrenztem Wert sind. Die Koexistenz einander überschneidender oder widersprechender Richtlinien oder Standards im Bereich der Klinischen Psychologie und der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen kann aus ethischer Sicht nicht anders als problematisch eingeschätzt werden, da sie Unsicherheit und Willkür nicht beseitigt sondern geradezu verstärkt.

Als ein Instrument der Umsetzung und Durchsetzung ethischer Orientierung ist an dieser Stelle auch der Ethik-Kodex zu nennen, der seit der Formulierung des Nürnberger Kodex im Anschluß an die Nürnberger Ärzteprozesse 1947 in der Medizin und im gesamten Gesundheitswesen eine bemerkenswerte Karriere gemacht hat (Tröhler & Reiter-Theil, 1997). In den letzten 50 Jahren finden wir international einen exponentiellen Anstieg von Richtlinien, Deklarationen und Kodizes, die alle dem Ziel dienen, den verantwortlichen Umgang des Forschers, Arztes,

Therapeuten oder Pflegers mit dem Patienten zu gewährleisten. Eine zentrale Stellung, besonders für den Bereich der Forschung am Menschen, nimmt die Deklaration von Helsinki in ihrer revidierten Fassung aus 1989 ein (Reich, 1995). Aber auch im Bereich der Kodizes finden wir die beschriebene Situation des Nebeneinanderbestehens, der Überschneidung und des Widerspruchs, die in einer erweiterten internationalen Perspektive noch potenziert wird. Zusätzlich zu der ungelösten Frage der politischen und ethischen Legitimation der zuständigen Gremien sind wir hier mit dem Problem konfrontiert, daß gegenwärtig selbst Experten nicht in der Lage sind, einen Überblick über diese Situation zu gewinnen, geschweige denn die betroffenen Berufsgruppen oder Patienten, die nach Orientierung durch solche Regelwerke suchen. Dringend zu fordern ist daher auf diesem Gebiet der Umsetzung und Durchsetzung die Koordination der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen hinsichtlich einer breiten und integrierten Suche nach gemeinsamen ethischen Rahmenrichtlinien, zumindest auf nationaler Ebene. Die Abstimmung nationaler Gegebenheiten wird im Zuge von Forschungsförderungsmaßnahmen der Europäischen Kommission, Brüssel, seit einigen Jahren vorangetrieben; diese Unternehmen bedürfen jedoch intensiver Vor- und Zusatzleistungen von nationaler Seite, die überwiegend noch nicht erbracht worden sind. Dies gilt auch für die deutsche Situation, die sich gegenüber europäischen Nachbarländern und dem anglo-amerikanischen Sprachraum durch das Fehlen einer öffentlichen interdisziplinären Forschungseinrichtung und Koordinationsstelle für ethische Fragen im Gesundheitswesen und in den Heilberufen auszeichnet.

Unter den *Maßnahmen zum Schutz vor Schäden und Mißbrauch* sind neben den genannten Einrichtungen vor allem die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu nennen, die sich vor allem mit somatischen und psychosomatischen Krankheitsbildern und deren Bewältigung befassen und somit Bereiche betreffen, in denen Klinische Psychologen verantwortlich tätig sind wie z.B. Alkoholabhängigkeit, psychische Störungen oder Schmerz. Im Gegensatz zum *Ethical Board* der American Psychological Association, das offenbar auch von betroffenen

Patienten und Klienten konsultiert wird, ist in den vergangenen Jahren die Inanspruchnahme des Ethik-Ausschusses des Bundes Deutscher Psychologen durch Betroffene eher gering gewesen. Eine zusätzliche eigene Einrichtung, die den sogenannten Schlichtungsstellen der Landesärztekammern entspräche, existiert in Deutschland in der Psychologie nicht. Da wir nicht annehmen dürfen, daß Klienten und Patienten, die psychologische Betreuung erfahren, keine – ethischen – Probleme hätten, dürfte hier ein Defizit bestehen. Aber auch klinisch-psychologisch tätige Kollegen machen von den wenigen Einrichtungen nur in sehr geringem Umfang Gebrauch. Dabei weiß jeder praktisch Tätige um die Häufigkeit, mit der ethische Fragen und Konflikte in der Beratung, Therapie oder Supervision auftreten. Über die fehlende Artikulation und deren Hintergründe läßt sich nur spekulieren. Abhilfe wäre beispielsweise dadurch zu schaffen, daß Ethik eine angemessene Berücksichtigung im Lehrplan findet, was im Idealfall damit verbunden wäre, daß auch eine kompetente Person als Ansprechpartner in der Fakultät identifiziert wäre. Ähnliches gilt für die postgradualen Weiter- und Fortbildungen.

#### 2.4 Förderung ethischer Kompetenz: Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Förderung ethischer Kompetenz von angehenden und praktizierenden Psychologen, gerade im Bereich der Klinischen Psychologie, erscheint nach den bisherigen Ausführungen geradezu als ein Imperativ. Ethische Grenzverletzungen in der psychologischen Beratung und Behandlung sind häufig subtil und beschränken sich keineswegs auf sexuelle Übergriffe, die aufgrund ihres Sensationscharakters häufig in den Vordergrund treten (Reimer, 1991; Reiter-Theil, 1991). Die Subtilität einerseits und die besonderen Erwartungen, die bezüglich Sensibilität, Respekt und Verantwortung von Betroffenen an Klinische Psychologen und psychologische Psychotherapeuten herangetragen werden, andererseits, würden eine stärkere Berücksichtigung von Ethik in Aus-, Weiter- und Fortbildung erwarten lassen als die tatsächlich vorgefundene (Kottje-Birnbacher & Birnbacher, 1995). Die Tatsache, daß nach dem Zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik Deutschland

Generationen von Psychologiestudenten und Psychotherapeuten keinerlei professionsbezogene ethische Grundlagen vermittelt bekommen haben – wenn man von der impliziten Vermittlung ethischer Grundhaltungen durch Vorbilder einmal absieht – ist peinlich. Gerade die Klinische Psychologie, die sich in mancher Hinsicht mit der Medizin vergleicht, hat hier ein Defizit zu füllen, weil sie eben nicht – wie dies in der Medizin der Fall ist – auf eine bald 2000jährige Tradition professionsbezogener Ethik oder auf Formeln und Rituale wie den Eid des Hippokrates oder das Genfer Gelöbnis verweisen kann. Ein interessantes Beispiel im deutschsprachigen Raum hat Österreich im Zuge seiner Gesetzgebung zur Psychologie und Psychotherapie gegeben: Seit 1991 ist hier Ethik Bestandteil der Weiterbildung in Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie sowie der psychotherapeutischen Propädeutik (Kieerein et al., 1991; Reiter-Theil, 1994; Reiter-Theil, 1996, 1998).

## 2.5 Ethik-Folgen: Evaluation der Anwendung ethischer Standards

Ethisch legitimierte Zielsetzungen und Strategien, moralische Intentionen – «der gute Wille» – und die Konsequenzen aus all diesen stehen nicht selten in einem Spannungsverhältnis zueinander. Es ist jedoch nicht nur die Kluft zwischen Theorie und Praxis oder die vielbeklagte Pluralität der Werte, die Zweifel und Konflikte erzeugen. Es ist vielfach auch die unzureichende Möglichkeit, Konsequenzen komplexer Handlungen und Maßnahmen zu antizipieren und im voraus zu bewerten. Gut begründete und noch besser gemeinte Projekte der Ethik können in ihren Folgen hinter den Erwartungen zurückbleiben oder sogar schädliche Folgen haben. Aus diesen Gründen hat die Ethik als eine auf die Praxis zielende normative Wissenschaft eine Selbstverpflichtung, ihre Folgen wiederum zum Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung zu machen. Dies bedeutet beispielsweise, daß die Arbeit der Ethik-Kommissionen systematischer als bisher zu dokumentieren und auszuwerten wäre; die Resonanz des Ethik-Unterrichtes sollte evaluiert werden und auch die beschriebene Vielfalt von Ethik-Kodizes im Gesundheitswesen bietet Anlaß,

hinsichtlich ihrer fraglichen Wirkung auf das praktische Verhalten untersucht zu werden.

## 3. Instrumente für die ethische Analyse

In der gegenwärtigen, stark anglo-amerikanisch geprägten Ethik in der Medizin und im Gesundheitswesen hat sich die sogenannte *Prinzipienethik* sehr weitgehend durchgesetzt. Beauchamp und Childress (1989) haben vier zentrale Prinzipien für die ethische Reflexion der Medizin eingeführt, die nicht nur für die somatische Medizin, sondern für den gesamten Bereich heilberuflicher und auch klinisch-psychologischer Tätigkeit fruchtbar sind. Sie betreffen die ethische Orientierung des therapeutisch tätigen sowie des in der Beratung oder Forschung arbeitenden Psychologen in seiner Arbeit mit Patienten und Klienten: (1) Respekt vor der Autonomie des Patienten (Klienten), (2) Schadensvermeidung (non-maleficence), (3) Hilfeleistung (beneficence), (4) Gerechtigkeit.

Beauchamp und Childress versuchen, mit diesen vier Prinzipien mehrere Strömungen zu vereinigen: die Tradition ärztlicher Ethik gemäß dem Eid des Hippokrates, der vor allem das Gebot nicht zu schaden und die Verpflichtung zur Hilfeleistung hervorhebt (Eckart, 1990), das Gedankengut der philosophischen Aufklärung und der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung mit ihrer Betonung der Autonomie des einzelnen sowie das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit in einem Gesundheitswesen der Hochleistungsmedizin. Die vier Prinzipien werden als universell gültig und weltanschaulich annähernd neutrale Orientierungspunkte für die Medizin und das Gesundheitswesen insgesamt betrachtet. Je nach Kontext der Anwendung sind unterschiedliche Akzente zu setzen und vor allem Konkretisierungen zu leisten. Ein prominentes Beispiel für die Konkretisierung des ersten Prinzips «Respekt vor der Autonomie des Patienten/Klienten» stellt die Regel der *Informierten Zustimmung (Informed Consent)* dar (Faden & Beauchamp, 1986), die in weiten Bereichen der Psychotherapie oder psychologischen Beratung noch nicht angemessen rezipiert oder praktiziert wird (Reiter-Theil, Eich & Reiter, 1991, 1993; Reiter-Theil, 1996; Dsubanko-

Obermayr & Baumann, 1998). Diese fordert, daß der Therapeut vor der Behandlung ausführlich über diese, ihre Chancen, Risiken und Nebenfolgen sowie auch über therapeutische Alternativen informiert, damit der Patient/Klient eine bewußte Wahl treffen kann. Dabei ist die Komplexität der Aufklärung und der Zustimmung nur in einem Prozeßmodell angemessen nachzuvollziehen (Eich, Reiter & Reiter-Theil, 1997).

Historisch betrachtet, läßt sich übereinstimmend, zumindest in der westlichen Medizin, eine Umorientierung feststellen von der hippokratischen Ethik, die die Rolle des Arztes gegenüber dem Patienten als primär *väterlich* bestimmt und daher auch mit dem inzwischen meist abwertend gemeinten Begriff des *Paternalismus* belegt wird, hin zu einer mehr autonomieorientierten ethischen Grundhaltung. Ob man allerdings in Theorie, Praxis und Forschung von einem Paradigmenwechsel oder gar einer wissenschaftlichen Revolution sprechen darf, ist zumindest mit Vorsicht zu betrachten (Reiter-Theil, 1997a). Auch in der Geschichte der Psychoanalyse sowie anderer psychotherapeutischer Schulen finden wir den Einfluß des hippokratischen Modells für die Therapeut-Patient-Beziehung. Und gerade in diesem Tätigkeitsbereich subtiler Beeinflussung und Kontrolle des Patienten oder Klienten kann sich eine paternalistische Grundhaltung der begrifflichen Analyse und auch der Beobachtung leicht entziehen, während in der somatischen Medizin Übergriffe vergleichsweise offensichtlicher zutage treten. Eine weitere aus dem ersten Prinzip abgeleitete Regel ist die der *Verschwiegenheit* oder *Schweigepflicht* des Behandelnden gegenüber Dritten. Dies scheint eines der häufigsten und schwierigsten ethischen Probleme für Psychologen in verschiedenen Praxisfeldern, gerade in der Klinischen Psychologie, zu sein, wenn man den Daten einer Umfrage im Auftrag der Amerikanischen Psychologengemeinschaft glauben darf (Pope & Vetter, 1992). Vergleichbare Daten aus den deutschsprachigen Ländern liegen allerdings bisher nicht vor. Dennoch läßt sich aus den bei Pope und Vetter genannten Beispielen sowie aus jüngeren Arbeiten zur Ethik in der Psychotherapie bzw. Klinischen Psychologie schlußfolgern, daß die Regel der *Informierten Zustimmung* und die Regel der *Verschwiegenheit* besonders sorgfältiger Vermitt-

lung bedürften, um praktisch tätigen Psychologen eine angemessene Handhabung zu ermöglichen (Eich, Reiter & Reiter-Theil, 1997; Koch, Reiter-Theil & Helmchen, 1996).

Die Dominanz des Vier-Prinzipien-Ansatzes nach Beauchamp und Childress in weiten Bereichen der internationalen medizinethischen Diskussion läßt die intensive Suche nach anderen Modellen verständlich erscheinen (Reiter-Theil, 1998). So findet seit einigen Jahren eine verstärkte Hinwendung oder Rückwendung zu einer *Tugendethik* statt, die anscheinend insbesondere Kreise der Klinischen Medizin anspricht, die Lösungen für ethische Probleme vor allem auf dem Wege der Persönlichkeitsbildung des Arztes suchen möchten (z. B. Pellegrino & Thomasma, 1993). Die *Prinzipienethik* wird aus der Sicht der Tugendethik als zu abstrakt, zu beliebig und zu realitätsfern kritisiert. Ähnliche Kritik wird von Theoretikern vorgebracht, die eine *narrative Ethik* vorschlagen, in der nicht von abstrakten Prinzipien, sondern von konkreten Geschichten über Problemsituationen ausgegangen wird. Die m. E. problematische und nicht ganz risikolose Voraussetzung dieser narrativen Ethik liegt in der Annahme, daß die Geschichte über die Problemsituation selbst bereits alle notwendigen ethischen Elemente der Bewertung und Problemlösung bereithalte. Kritische ethische Reflexion und die Legitimation weiterführender Strategien wären demnach auf dem Wege einer mehr oder weniger transparenten Interpretationskunst aus dem Gegebenen zu entwickeln. In diesem Wettstreit der Ansätze ist es jedoch wichtig zu unterscheiden, ob der jeweilige Zugang als ein ausschließlicher oder mit anderen kombinierbarer dargestellt wird und ob die Methode primär der Erkenntnisgewinnung oder mehr der Vermittlung ethischer Orientierung für praktisch Tätige dienen soll. Für beide Zwecke leistet m. E. gegenwärtig ein Methodenpluralismus deutlich mehr als der Rückzug auf einen einzelnen Ansatz. Dies gilt umso mehr für die Vermittlung von Ethik in Aus-, Weiter- und Fortbildung der Heilberufe. Gerade die *kasuistische Methode* hat in der Medizin, in der Psychotherapie und auch in der Ethik selbst – jedenfalls in der theologischen Ethik – traditionell einen hohen Stellenwert, und zwar sowohl für die Erkenntnisgewinnung als auch in der Vermittlung. So ist für die Generierung von Hypothesen und Fragestel-

lungen und vor allem für individuelle und soziale Lernprozesse, wie sie im Krankheitsleben, in der Bewältigung und in der Verantwortung der Patientenbetreuung gefordert sind, die Auseinandersetzung mit dem eigenen und dem fremden Einzelschicksal unerlässlich. Neben dieser psychologisch-ethischen Bedeutung kommt der Kasuistik auch eine wichtige Rolle im Problemlösungsprozeß des Praktikers zu. Diese resultiert aus der bekannten, aber oft vernachlässigten Tatsache, daß Praktiker bei der Lösung von Problemen nicht in erster Linie auf Theorie zurückgreifen, sondern in ihrem Repertoire von Beispielen (Fällen) nach Anhaltspunkten suchen (Reiter & Steiner, 1996). Eine Brücke zur Prinzipienethik – oder auch zu anderen Ansätzen – läßt sich auch von hier aus mühelos schlagen, indem bei jeder Fallbesprechung Prinzipien, Regeln, Tugenden oder anderes als *regulative Ideen*, *Maximen* oder zumindest als *Ordnungsgesichtspunkte* wirksam werden können (Mc Cullough & Ashton, 1994; ten Have, 1994; Thomasma, 1994; Tomlinson, 1994).

Für die systematische Reflexion ethischer Probleme in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Praxis hat sich die in Tabelle 2 dargestellte Übersicht als hilfreich erwiesen, in der mehrere Perspektiven unterschieden werden (Reiter-Theil, 1996).

Diese Perspektiven eignen sich sowohl zur individuellen Bearbeitung konkreter Probleme im Sinne eines kasuistischen Vorgehens, als auch zur Heranführung an eine systematische ethische Reflexion, in der es darauf ankommt, möglichst alle relevanten Bereiche zu erfassen. Es sind die individualistische Tradition der philosophischen Ethik des Abendlandes, ebenso wie die Individuumzentrierte Psychologie und Psychotherapie, welche uns dazu verführen, die soziale, institutionelle, gesellschaftliche und universelle Perspektive der Ethik zu vernachlässigen. Die Schwierigkeit der ethischen Reflexion, insbesondere aber der Lösung ethischer Konflikte und Dilemmata, zeigt sich erst darin, daß die Rekonstruktion eines Problems in den je verschiedenen Perspektiven unterschiedlich ausfällt und somit auch zu unterschiedlichen Bewertungen und Konsequenzen führen kann. Dieses Grundproblem zeigt sich auch in dem bereits dargestellten Ansatz der vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp

und Childress. Solange keine Rangordnung von Prinzipien oder Perspektiven festgelegt und begründet wird – dies gilt analog auch für Tugenden oder andere ethische Konzepte – kann es auch bei sorgfältiger ethischer Reflexion zu einem «Patt» und damit zu Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit kommen. Dies ist m.E. nicht als Konstruktionsfehler der Instrumente anzusehen, sondern als Unzulänglichkeit der Anwendung. Für jeden Anwendungsbereich sollte vielmehr von den verantwortlichen Personen und Institutionen mit entsprechender ethischer Begründung eine Rangordnung der angelegten Prinzipien oder Regeln für den Konfliktfall definiert werden. Diese kann selbstverständlich, ebenso wie jede konkrete Problemlösung, einer Kritik unterzogen werden, denn eine absolut gültige und gegen Kritik immunisierte Ethik kann es in einem pluralistischen System nicht geben (Höffe, 1993). Für die Konflikte zwischen Perspektiven, Prinzipien oder Regeln gilt jedoch allgemein, daß jene Lösung, die mehr Übereinstimmung und zugleich weniger Konflikt bewirkt, die überlegene und daher vorzuziehende neue sei. Dies soll im folgenden Abschnitt auf konkrete Konfliktfelder in der Klinischen Psychologie hin reflektiert werden.

Tabelle 2: Perspektiven ethischer Reflexion

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Individuum: (A) Patient/in, Klient/in und (B) Therapeut/in, Berater/in, Arzt/Ärztin.                              |
| 2 | Therapeutische Beziehung zwischen (A) und (B).  |
| 3 | Beziehungssystem: (A) Angehörige, Familie, soziales Umfeld und (B) institutioneller Rahmen, therapeutisches Team. |
| 4 | Gesellschaftliche Bedingungen: juristische Voraussetzungen, soziale Aspekte, gesundheitspolitischer Rahmen.       |
| 5 | Universelle ethische Prinzipien für die Heilberufe.   |

## 4. Anwendung auf Konfliktfelder in der Klinischen Psychologie

### 4.1 Forschung

Psychologische Forschung am Menschen unterliegt wie biomedizinische Humanforschung ethischen Grundsätzen der *Freiwilligkeit* und des *Schutzes* der Probanden *vor nachteiligen Folgen*, wie sie in der Helsinki-Deklaration festgelegt sind. Durch die Einführung ethischer Richtlinien zur Wahrung der Menschenrechte, insbesondere der Patienten- und Probandenrechte, lassen sich einige ethische Probleme prinzipiell lösen, andere aber nicht. Zu den im Prinzip gelösten Problemen kann für den Bereich psychologischer Forschung die Aufklärung und Einwilligung der Versuchsperson gelten, sofern bei Forschungsanträgen noch vor deren eigentlicher Begutachtung das Votum einer Ethik-Kommission eingeholt wird, die gerade dieses Kriterium und seine vorgesehene Handhabung in dem Projekt prüft. Dies erfolgt in Deutschland bei Anträgen an die Deutsche Forschungsgemeinschaft durch die Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Wünschenswert wäre eine Vereinheitlichung der Prüfung ethischer Kriterien bei Forschungsanträgen, auch an anderen Förderinstitutionen. Klinisch-psychologische Forschung am Menschen, die an medizinischen Fakultäten unternommen wird, unterliegt unabhängig davon der Begutachtung durch die zuständige Ethik-Kommission, die ebenfalls die Grundsätze der Deklaration von Helsinki anzulegen verpflichtet ist. Ungelöst bleibt dabei das praktische Problem der Einhaltung und Umsetzung im Forschungsprozeß selbst. Hierfür zeichnet kein Gremium verantwortlich; dies fällt in die persönliche Kompetenz des leitenden Forschers. Ebenfalls ungelöst ist das Problem der angemessenen Wiedergabe der Forschungsergebnisse in Publikationen. Zwar hat sich, zumindest in der Medizin, bei führenden Zeitschriften die Praxis etabliert, nur solche Publikationen zum Druck anzunehmen, bei denen eine Begutachtung durch eine Ethik-Kommission nachgewiesen wird; gegen eine absichtliche Verfälschung von Daten oder Schlußfolgerungen ist dies

jedoch, ebensowenig wie gegen Veruntreuung geistigen Eigentums, kein Schutz. Dies zeigen immer wieder auftretende Verstöße, auf die die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG mit aktuellen Forderungen reagiert hat.

Zu den auf prinzipieller Ebene nicht gelösten ethischen Problemen gehören in der Psychologie – wie auch in anderen humanwissenschaftlichen Disziplinen – solche, die von der jeweiligen Scientific Community oder in der Öffentlichkeit kontrovers beurteilt werden, weil sie den beschriebenen Grundsätzen der Freiwilligkeit – auf der Basis von Information – sowie des Schutzes vor nachteiligen Folgen nicht folgen oder deren Geltung zugunsten anderer, höher bewerteter Ziele ganz oder teilweise zurückstellen. In der Psychologie gilt dies insbesondere für Untersuchungen mit fehlender, eingeschränkter bzw. nachträglicher Aufklärung oder sogar bewußter Täuschung wie dies beispielsweise bei den berühmten Experimenten von Milgram der Fall war (Milgram, 1974; zu ethischen Problemen in der psychologischen Forschung allgemein siehe auch: Kruse & Kumpf, 1981; Schuler, 1982). Es trifft aber auch auf Forschungsansätze zu, in denen Personen Belastungen oder Risiken ausgesetzt werden, deren Ausmaß und Dauer nicht immer voll zu antizipieren sind wie z. B. in der Panikforschung. Besonders sensibel ist der Bereich klinisch-psychologischer Forschung bei all jenen Personengruppen, deren Kompetenz für eine informierte Zustimmung vorübergehend oder dauernd eingeschränkt ist, sei es wegen einer kognitiven Behinderung und daraus resultierenden Verständnisschwierigkeiten, sei es infolge einer psychischen Störung, die die Willens-Komponente der Entscheidung betrifft. Das Ausmaß der ethischen, fachinternen und öffentlichen Kontroverse bezüglich der Zulässigkeit solcher Forschung, die unter anderen Gesichtspunkten durchaus als «hochrangig» oder «nützlich» erscheinen mag wie z. B. die Demenzforschung (Helmchen & Lauter, 1995), zeigte sich angesichts der heftigen Debatte um die sogenannte Bioethik-Konvention des Europarates, in der auch eine Wiederbelebung der Diskussion über die menschenverachtende «Forschung» der nationalsozialistischen Medizin nicht ausblieb (Bockenheimer-Lucius, 1995; Tröhler & Reiter-Theil, 1997).

## 4.2 Diagnostik

Psychologische Diagnostik wird, ebenso wie psychiatrische oder psychoanalytische Diagnostik, nicht nur als Gegenstand anwendungsbezogener Forschung und wissenschaftlich gestützter Therapieplanung betrachtet, sondern mindestens seit der «Antipsychiatriebewegung» auch als potentiell schädliches Instrument ordnungspolitisch motivierter Entscheidungsträger verdächtigt (Keupp, 1972). Eine jüngere Diskussion um die Bedeutung von Diagnose und Diagnostik wurde von der Bewegung des sogenannten radikalen Konstruktivismus ausgelöst, in der allerdings die Verwandtschaft des Gedankengutes mit den Postulaten der Antipsychiatrie m.W. bisher nicht reflektiert wird. Der radikale Konstruktivismus hatte im Übergang von der Familientherapie zur systemischen Therapie zur Folge, daß die dort entwickelte Familien- und Paardiagnostik zurückgedrängt wurde und stattdessen andere Ansätze wie z.B. das Konversationsmodell zur Grundlegung der Therapie dienten (Goolishian & Anderson, 1997). War in der Auseinandersetzung um Psychiatrie und Antipsychiatrie die ethische Dimension meist implizit angesprochen, während politische und institutionelle Aspekte im Vordergrund standen (Reiter-Theil, 1992, 1997b), so hat die Diskussion um den radikalen Konstruktivismus auch explizit ethische Fragen aufgegriffen, die vor allem um den Respekt vor dem Klienten oder «Kunden» kreisen (Ludewig, 1988; Krüll, 1991; kritisch dazu Reiter-Theil, 1991). Problematisch erscheint die Preisgabe von Diagnostik und therapeutischer Verantwortung für Diagnose und Prognose sowie Therapieplanung vor allem unter den ethischen Gesichtspunkten der Aufklärung des Klienten oder Patienten, der Antizipation von Risiken und der Qualitätssicherung nach intersubjektiven Kriterien.

Zu kritisieren ist diese Tendenz auch unter professionstheoretischen Aspekten, da die radikalkonstruktivistischen Veränderungen des Verhältnisses zwischen Therapeut und Klient («Kunde») die heilberufliche Identität in Frage stellen (Reiter & Steiner, 1996). Beide Hauptströmungen der Kritik an

psychodiagnostischen Systemen haben jedoch Verdienste daran, eine breite Schicht beraterisch und therapeutisch Tätiger bezüglich der Voraussetzungen und Folgen ihres Umgehens mit diagnostischen Kategorien zu sensibilisieren. Die Lösung der ethischen Problematik dürfte wohl vor allem in einer selbstkritischen, vorsichtigen und therapeutisch orientierten Umgehensweise zu finden sein, die in der Aus- und Weiterbildung des Klinischen Psychologen vermittelt werden kann und soll.

## 4.3 Beratung und Therapie

Ethische Probleme in Beratung und Therapie zeichnen sich meist durch große Komplexität aus, die eine gezielte und problemlösungsorientierte Reflexion erschwert. Die Folge kann – trotz guten Willens – eine Vermengung der Ebenen von ethischer Analyse einerseits und moralischer (oder moralisierender) Bewertung andererseits sein, die mit der Suche von Schuldigen, Emotionalisierung und sogar Eskalation des Konfliktes zwischen den Beteiligten, z.B. Kollegen, enden kann. Zur Strukturierung eines ethischen Diskurses mit sich selbst oder mit anderen – in der Teambesprechung, Supervision oder Weiterbildung – haben sich die bereits vorgestellten Instrumente für die ethische Analyse (vgl. Abschnitt 3) auch in der Psychotherapie bewährt. Dies soll anhand eines Fallbeispiels dargestellt werden (s. Kasten 1). Dabei wird auf eine kürzlich publizierte Darstellung zurückgegriffen, die auf ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Projekt Bezug nimmt. Gegenstand des Projekts ist eine Auseinandersetzung mit der Ethik des Therapeuten (psychoanalytischer oder tiefenpsychologischer bzw. familientherapeutischer Orientierung), die mittels fallbezogener Interviews mit maßgeblichen Vertreterinnen und Vertretern der beiden Schulen geführt wurden (Reiter-Theil, 1996).

Bei dem in Kasten 1 dargestellten Fallbeispiel stellen sich zahlreiche ethisch relevante Fragen. Diese sollen im folgenden nach den *Perspektiven ethischer Reflexion* betrachtet werden, die in Abschnitt 3 vorgestellt worden sind (s. auch Tab. 2). Liegt ein behandlungsbedürftiges und

### Kasten 1 Fallbeispiel

Frau A. hat ihren Mann nach zehnjähriger Ehe dazu veranlaßt, bis auf weiteres aus dem gemeinsamen Haus auszuziehen. Anlaß hierfür war die wiederholte Klage der 14-jährigen Tochter von Frau A. aus erster Ehe, der Stiefvater habe sie heimlich beim Baden und auf der Toilette beobachtet – in dem neuen Haus der Familie fehlen noch die Türstöcke, so daß man durch die Schlitzlöcher hindurchsehen kann. Frau A. schenkte den Klagen ihrer Tochter zunächst keinen Glauben. Erst als sie ihren Mann selbst dabei überraschte, wie er die Stieftochter im Schlaf abdecken und berühren wollte, war sie überzeugt. Nachdem es sich bei diesen Annäherungsversuchen von Herrn A. an das Mädchen nicht um ein einmaliges Ereignis handelte, entschloß sich Frau A., therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Beim Erstgespräch in der Institution sind außer dem Therapeuten nur Mutter und Tochter anwesend. Das Mädchen weigert sich, mit dem Stiefvater über die Angelegenheit zu sprechen. In einem Gespräch mit dem Ehepaar stellt sich heraus, daß Herr A. auch sehr an therapeutischen Gesprächen interessiert ist und daß er bereit ist, sich mit seinen Handlungen auseinanderzusetzen. Sein Wunsch ist es, wieder in die Familie zurückzukehren, die Tochter dagegen möchte den Stiefvater nicht mehr in der Familie haben. Frau A. steht dazwischen. Ihre Schwierigkeiten in der Entscheidung werden dadurch verstärkt, daß sie selbst, ebenso wie ihre eigene Mutter, als Kind vom Vater sexuell mißbraucht worden war. So fühlt sie sich als Frau und Mutter hin und her gerissen, zumal sie von ihrem Ehemann finanziell abhängig ist.

ein behandelbares Leiden vor, wenn ja, welches? Diese Fragen sprechen die Perspektive 1 des beobachtenden Therapeuten oder Beraters an; sie reflektieren die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der einzelnen Gesprächsteilnehmer und potentiellen Klienten. Weitere Fragen lauten: Wer von den Betroffenen leidet, wer leidet am meisten? Wer ist eigentlich als Klient oder Patient zu betrachten? Wer hat einen Anspruch oder auch ein Vorrecht auf Empathie, auf Hilfe, auf ein Therapieangebot? Ebenfalls in der Perspektive 1 bewegen sich Fragen, die der Therapeut oder Berater an sich selbst richtet: Kann ich mit dieser Problematik bzw. mit dieser oder jener Person arbeiten? Bin ich für die notwendigen Entscheidungen oder Maßnahmen kompetent? Vorentscheidungen zur Diagnostik, zur Methode oder zum Setting der Behandlung haben bereits ethische Implikationen. Sie betreffen das Krankheitsmodell, Vorstellungen von der Verursachung des Leidens und die damit zusammenhängende Attribution von Verantwortung oder auch die Einschätzung der psychischen und moralischen Voraussetzungen, die ein Klient zur aktiven Mitwirkung in einer Therapie benötigt, u. v. a. m.

Diese ethischen Implikationen treten dann als Problem oder als Dilemma deutlich zu Tage, wenn die Perspektiven 2 und 3 hinzugenommen werden. Ein Interessenkonflikt zwischen Familienmitgliedern schlägt sich nieder in der Schlüsselfrage der Indikationsstellung: Einzel-, Paar- oder Familientherapie, symptomorientierte oder konfliktverarbeitende Behandlung, aktive Krisenintervention oder geduldiges Suchen nach Verstehensmöglichkeiten. Diese Fragen erreichen auch die Ebene der therapeutischen Beziehung, wenn es um die Entscheidung geht, ob dem im Erstgespräch abwesenden Stiefvater, dem «Täter», eine therapeutische Beziehung angeboten oder zumindest durch geeignete Überweisung vermittelt werden sollte. In der Diskussion um die richtige Therapie bei sexueller (Kindes-)Mißhandlung stellt sich die ethische Frage, ob die Schutzbedürftigkeit der Betroffenen eine so hohe Priorität einzunehmen habe, daß die etwaigen Nöte oder Bedürfnisse des (sexuellen) Aggressors grundsätzlich außer acht gelassen und aus dem therapeutischen Setting ausgeklammert werden sollen, oder, ob die Opfer-Täter-Dichotomie aufgegeben werden sollte, was sich in einer beziehungsorientierten Auffassung des Problems begründen und therapeutisch bearbeiten ließe.

In diesem Fallbeispiel wird nichts darüber ausgesagt, wie das therapeutische Vorgehen aussieht. Es läßt sich leicht vorstellen, welche Schwierigkeiten mit dieser Behandlung verbunden sein könnten, etwa dann, wenn ein Therapeut sich allen Familienmitgliedern zugleich therapeutisch und moralisch verpflichtet fühlt, dabei aber meint, den Stiefvater nicht mit einbeziehen zu können, ohne dabei die Gefühle und die Rechte des jungen Mädchens zu verletzen. Es läßt sich hier aus der Sicht des Therapeuten nicht nur ein Konflikt mit der Familie der Klienten denken, sondern auch ein Konflikt mit dem eigenen professionellen Beziehungssystem (Perspektive 3). Die therapeutischen Leitlinien der betreffenden Institution oder des Therapeutenteams könnten den Therapeuten darin einschränken, einen selbst für richtig gehaltenen Weg einzuschlagen. So stellt sich in Fällen mit gravierender sexueller (Kindes-) Mißhandlung die Frage der Anzeigepflicht, der Strafverfolgung und auch der Entfernung eines betroffenen Familienmitgliedes: z.B. des Kindes oder des Aggressors aus der Familie. Alle diese möglichen Schritte müssen hinsichtlich ihrer vorhersehbaren positiven, vor allem aber bezüglich ihrer negativen Konsequenzen bewußt abgewogen werden. Damit bewegt sich die Reflexion bereits in der gesellschaftlichen (Perspektive 4). Gerade die hier eingeschlossenen juristischen Rahmenbedingungen können zusätzliche Fragen für den Therapeuten aufwerfen, die im Lichte ethischer Prinzipien (Perspektive 5) zu reflektieren sind.

Noch schärfer lassen sich ethische Probleme und Dilemmata herausarbeiten, wenn man von vornherein bei dem Vier-Prinzipien-Ansatz nach Beauchamp und Childress (1989) ansetzt (vgl. Abschnitt 3).

Es lassen sich vor allem zwei ethische Brennpunkte lokalisieren:

(1) Ein möglicher ethischer Konflikt liegt zwischen dem Respekt, den der Therapeut der Autonomie des jungen Mädchens und ihren Ausdrucksformen schuldet – hier: ihrer Weigerung, mit dem Stiefvater in Kontakt zu treten – auf der einen Seite, und auf der anderen Seite der möglichen therapeutischen Erwartung, daß die Hilfelei-

stung oder der Nutzen einer Therapie für das junge Mädchen möglicherweise dann am größten wäre, wenn der Kontakt zum Stiefvater im Interesse der Bearbeitung des Problems wieder aufgenommen werden könnte.

(2) Ein weiterer ethischer Konflikt kann zwischen dem Willen des jungen Mädchens entstehen, den Kontakt mit dem Stiefvater zu vermeiden und dessen Bedürfnis (das hier unterstellt wird), seinerseits verstanden, nicht verurteilt und aus der Familie ausgestoßen zu werden a). Dieser Konflikt erweitert sich noch, wenn man von einem Interesse am Zusammenhalt der Familie in der bisherigen Form bei allen Familienmitgliedern – mit Ausnahme der Tochter – ausgeht b). Wir haben damit ein Dilemma zwischen dem ersten Prinzip, Respekt vor der Autonomie des einzelnen, und dem vierten Prinzip, Gerechtigkeit, vor uns: einen Konflikt zwischen den Interessen zweier Personen, Stieftochter und Stiefvater a), bzw. b), zwischen den Interessen eines einzelnen (des jungen Mädchens) und denen der übrigen Familienmitglieder. Diese Konstellation würde nur dann nicht zu einem Dilemma führen, wenn man ein zusätzliches therapeutisch-ethisches Prinzip einführt, nämlich, daß Interessen von Kindern und Jugendlichen allgemein Schutz und Priorität gegenüber denjenigen von Erwachsenen genießen sollten (vgl. die UN-Konvention über die Rechte des Kindes: Cohen & Naimark, 1991). In strukturell ähnlicher, aber inhaltlich verschiedener Weise könnte ein weiteres Prinzip fordern, daß gerade die Bedürfnisse der von sexueller Mißhandlung Betroffenen – seien dies Kinder oder Erwachsene – gegenüber denjenigen, die diese ausgeübt haben, unbedingt vorrangig berücksichtigt werden sollten.

Welche ethischen Probleme werden charakteristischerweise von psychotherapeutischen Berufsanfängern erlebt? In Ethik-Blockseminaren im Rahmen des österreichischen Curriculums zur Weiterbildung in Klinischer Psychologie/ Gesundheitspsychologie wurden seit 1992 in der kasuistischen Arbeit mehrfach Entschei-

dungsprobleme aus der psychoonkologischen Betreuung besprochen. So kann es für den klinisch-psychologischen Betreuer zum Problem werden, wenn ein Patient auf seiner verzweifelten Suche nach Therapiemöglichkeiten auch solche Angebote aufgreift, deren Wirkung mehr als fragwürdig, ja sogar gesundheitsschädlich erscheint. Das Dilemma spitzt sich in der Frage zu: «Soll ich dem Patienten seinen Glauben an eine irrationale Heilungschance lassen, oder bin ich zu wahrhaftiger Aufklärung verpflichtet?» Noch prekärer wird der Konflikt, wenn zugunsten der «unkonventionellen Therapie» Behandlungen mit nachgewiesener therapeutischer Wirkung versäumt werden. Ein anderes Beispiel veranschaulicht ebenfalls eine charakteristische Problemkonstellation: die teilweise ineffiziente Kooperation zwischen und innerhalb von Institutionen der Patientenversorgung und der Sozialfürsorge. Nach schwerem Unfall und stationärer Behandlung wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen und in ein Wohnprojekt «überwiesen». Aufgrund der sehr begrenzten Fürsorgemöglichkeiten in diesem Wohnprojekt kommt es schon bald und wiederholt zu kritischen medizinischen Zwischenfällen bei dem gesundheitlich labilen Mann. Die Betreuer erkennen, daß sie mangels medizinischer Kompetenz und wegen der fehlenden lückenlosen Betreuung das Risiko weiterer schwerer Zwischenfälle mit möglicher Todesfolge nicht ausschließen können. Es muß eine andere Lösung gefunden werden; der Betroffene möchte jedoch in dem Wohnprojekt bleiben, da ihm dies als letzte Zuflucht erscheint. In beiden Fällen muß eine schwierige Abwägung zwischen möglicher Hilfe und möglichem Schaden bzw. dessen Abwendung vorgenommen werden. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Betroffenen ist in beiden Fällen nicht allein damit zu erfüllen, daß blindlings dessen Wünsche befolgt werden. Eine Voraussetzung der Selbstbestimmung des Patienten ist aber das Verständnis der Wahlmöglichkeiten und der Vor- und Nachteile der Alternativen; also ist Aufklärung und Beratung angezeigt. Zugleich müssen aber auch auf Seiten der Betreuer die – ethischen – Ziele, Möglichkeiten und Grenzen überprüft werden, um realistische und verlässliche Angebote machen zu können.

## 5. Forschung über Ethik in der Klinischen Psychologie

Wenn ethisch begründete Innovationen wie Richtlinien, Gremien oder Kurse bezüglich ihres praktischen Nutzens und ethischen Wertes evaluiert werden sollen, wie dies im ersten Abschnitt *Funktionen* postuliert wurde, bedarf es entsprechender Ethik-Folgen-Forschung im Bereich Klinischer Psychologie. Diese existiert im deutschsprachigen Raum m.W. nicht, während man die Untersuchungen der *American Psychological Association* durchaus als vielversprechende Ansätze in diese Richtung verstehen kann.

Ein anderes Gebiet der Ethik-Forschung in der Klinischen Psychologie liegt ebenfalls brach: die Untersuchung der moralischen Werte von psychotherapeutisch Tätigen. Es finden sich jedoch zumindest einige exemplarische Studien, die vor allem mit dem in der Sozialpsychologie bekannten Instrument des «Value Survey» von Milton Rokeach interessante Daten erbracht haben (Reiter, 1975, 1976; Ermann, Janta & Riedel, 1985). Zu den am häufigsten zitierten Ergebnissen gehört der Befund, daß in den frühen siebziger Jahren psychologische und psychosoziale Berater sowie Familien- und Psychotherapeuten ein gemeinsames Wertemuster aufweisen, das unter zahlreichen anderen aus ganz verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen dem der Hippies am ähnlichsten war (Reiter & Steiner, 1976). Angesichts der inzwischen lebhafter gewordenen Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, auch in der Klinischen Psychologie, wäre eine Aktualisierung dieser Daten angebracht.

Im Interesse künftiger Bemühungen, Ethik auch im Unterricht verstärkt zu vermitteln, würde sich eine Bestandsaufnahme sowie eine Defizitanalyse hinsichtlich des ethischen Grundwissens und entsprechender praktischer Fertigkeiten zur Umsetzung unter Studierenden und bereits berufstätigen Klinischen Psychologen empfehlen. Dabei stellt sich die Frage, ob nicht die zunehmende Arbeitsteiligkeit in der Patientenversorgung allgemein und die immer notwendiger werdende Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen in Einrichtungen des Gesundheitswesens von vornherein gemeinsame vergleichende Forschungs- und Lösungsansätze nahelegt. Schon seit dem An-

wachsen des «Ethikbooms», der den deutschsprachigen Raum in den achtziger Jahren verspätet erreichte, verzeichnen wir eine Tendenz zur Ausbildung von Spezialethiken verschiedener Professionen und Personengruppen, nicht nur im Gesundheitswesen. In der Betreuung und Behandlung von Patienten und Klienten sollte einer Partikularisierung, gerade hinsichtlich der ethischen Grundhaltung, unbedingt entgegengewirkt werden. Es bedarf keiner großen Vorstellungskraft zu erkennen, welche zusätzliche Verunsicherung sich für die beteiligten Berufsgruppen, besonders aber die betroffenen Patienten und Klienten ergäbe, wenn zu dem exponentiellen Ansteigen der Zahl spezieller Ethik-Kodizes auch noch voneinander abweichende Curricula und womöglich heterogene ethische Spezialterminologien kämen, die eine Verständigung im multiprofessionellen Team und die Konsensfindung erschweren, vor allem aber die universelle Geltung ethischer Prinzipien für die Heilberufe in Frage stellen würden. Ethik und ihre Reflexion kann und soll durch den Rekurs auf moralische Grundstrukturen und universelle Prinzipien vielmehr als Medium der Integration fungieren. Im Interesse der Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie und ihrer therapeutischen Anwendungen sollten ethische Fragen und Kriterien gezielt und verstärkt in die Prozeß- und Ergebnisforschung der Psychotherapie einbezogen werden. Hierzu gehören Fragen wie: die Umsetzung der Regel der Aufklärung und Informierten Zustimmung, direkte oder indirekte Belastungen bzw. Schädigung von Patienten (Klienten) und deren Angehörigen durch Interventionen, die adäquate Indikationsstellung bzw. Überweisung und Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, z.B. Ärzten, sowie die Einhaltung der Schweigepflicht und der Bestimmungen des Datenschutzes in der Dokumentation.

Schließlich, und hier liegt wahrscheinlich das größte Defizit der (Klinischen) Psychologie wie auch der Medizin, ist es an der Zeit, sich in der Forschung den ethischen Fragen zuzuwenden, die aus der Sicht von Klienten und Patienten vorrangig sind. Zwar hat sich in den letzten Jahren die Zahl der Publikationen vervielfacht, in denen – ehemalige – Patientinnen oder Patienten ihre Erfahrungen

aus Therapien auswerten. So wichtig diese Literatur ist, ersetzt sie doch nicht eine systematische Untersuchung zu verschiedenen ethischen Fragen. Die erwähnte Flut ethischer Richtlinien im Gesundheitswesen soll – so darf man wohl annehmen – dem Wohl des Patienten oder Probanden dienen und eine angemessene ethische Grundhaltung und Handlungsweise der Betreuenden fördern. Solange jedoch weder der «Geist» dieser Initiativen zu den Betroffenen dringt, noch deren Anliegen anders als *anekdotisch* erfaßt werden, sind wir von Transparenz, Fairneß oder Partizipation weit entfernt. Ethik bleibt beim guten Willen derjenigen stehen, die – aus welchen Gründen auch immer – annehmen zu wissen, was für andere gut und richtig sei. In diesem Sinne ist also Forschung über Ethik notwendige Aufklärung und Selbstkritik.

## 6. Programmatische Vorschläge

Zur konsequenten Vermittlung der Ethik im Studium der Psychologie sollten mehrere Schritte unternommen werden. Zunächst sollten – nach einer *Bestandsaufnahme*, wie oben angesprochen – möglichst früh im *Studium* Grundbegriffe der Ethik in möglichst praxisnaher Form vermittelt werden. Dadurch soll den Studierenden nicht nur ein Grundwissen und die Möglichkeit, über ethische Fragen explizit zu kommunizieren, vermittelt werden; sie sollen dadurch auch frühzeitig ermuntert werden, ihre eigene ethische Orientierung zu reflektieren und weiterzuentwickeln, um auf diesem Hintergrund ihr Studium bewußter gestalten zu können. Daneben wäre es sinnvoll, ethische *Diskurse* zwischen allen Mitgliedern des Lehrkörpers anzuregen, um Möglichkeiten der Wiederaufnahme ethischer Begriffe und ihre Bedeutung in unterschiedlichen Feldern der Psychologie wie z.B. Methodenlehre oder in Experimentalpraktika zu erreichen. Nach eigenen Erfahrungen mit dem Ethikunterricht für Studierende der Psychologie und vergleichbaren Initiativen innerhalb der Medizin in den letzten Jahren scheint es durchaus möglich, daß auch studentische Initiativen zur Reflexion

über ethische Fragen, speziell aus studentischer Sicht, zustandekommen, die die Lehrplanung insgesamt positiv anregen könnten. Für fortgeschrittene Studierende und Weiterbildungskandidaten der Klinischen Psychologie sollten eigene praxisorientierte Angebote entwickelt werden, die eine sichere Handhabung analytischer Instrumente zur ethischen Reflexion, gerade auch im multiprofessionellen Team, vermitteln (Reiter-Theil, 1994, 1998). Da analoge Bestrebungen zur Etablierung der Ethik im Medizinstudium im Gange sind und die Ethik in der Krankenpflege zwar gesetzlich verankert, jedoch nicht generell kompetent angeboten werden kann, wäre der Versuch verdienstvoll, fächer- und professionenübergreifende *Veranstaltungen zur Ethik in den Heilberufen und im Gesundheitswesen* anzubieten. An medizinischen Fakultäten mit freiwilligen, gut eingeführten Ethik-Seminaren ist seit Jahren zu beobachten, daß nicht nur Hörer anderer Fachbereiche als der Medizin, sondern auch schon im Beruf stehende Ärzte und Pflegekräfte in «ihr» Seminar kommen, um über aktuelle Fragen und Fälle zu diskutieren. Ein weiteres Unternehmen der Vermittlung von Ethik in den Heilberufen und im Gesundheitswesen ist das Patientenforum Medizinische Ethik, in dem nicht nur alle beteiligten Berufsgruppen, sondern vor allem auch Patienten und ihre Angehörigen zu speziellen ethischen Fragen diskutieren (Reiter-Theil, 1995; Reiter-Theil & Hiddemann, 1996). Es mag sein, daß dieser Veranstaltungstyp im Bereich somatischer Erkrankungen leichter akzeptiert wird, als dies bei psychischen Störungen der Fall wäre; dennoch bietet er eine spezifische Gelegenheit, die Verständigung über ethische Fragen mit allen beteiligten Gruppen zu erproben und zu üben, die auch für Klinische Psychologie hilfreich sein dürfte.

In der praktischen Anwendung, sowohl in der klinisch-psychologischen Forschung, als auch in Beratung und Therapie, kann die Präsenz ethischer Prinzipien gezielt verbessert werden. Für die zukünftige Praxis nachwachsender Generationen lohnt sich die Investition in die Aus- und Weiterbildung. Für die bereits in der Forschung Tätigen lassen sich Möglichkeiten der Fortbildung, z.B. über forschungsrelevante Ethik-Kodizes wie die Deklaration von Helsinki oder über spezielle Dilemmata klinisch-psychologischer Forschung entwickeln, etwa das Di-

lemma der Notwendigkeit randomisierter Studien bei gleichzeitiger Verpflichtung, die Probanden aufzuklären. Inwieweit die Scientific Community der Klinischen Psychologie eine über das jetzige Maß hinausgehende *Selbstkontrolle der Forschung* anstreben will oder soll, beispielsweise durch verstärkte Begleitung von Forschungsprojekten bis zur Publikation, hängt von der Bewertung des Bedarfs an Kontrolle ab, der allein auf subjektivem Wege nicht seriös zu ermitteln ist. Es wäre vielleicht ein sinnvoller Kompromiß, gegenüber einem Zuwachs an Kontrolle und dem Status quo an jeder Fakultät nicht nur einen Ethik-Lehrbeauftragten, sondern auch einen Ansprechpartner für ethische Fragen in der Forschung zu haben, der ja mit jenem identisch sein könnte. Auch hier erscheint wiederum eine Kooperation mit der Medizin, mit dem Datenschutz der Universität oder den zunehmenden Fachbereichen für Pflegewissenschaft sinnvoll.

In der psychologischen Beratung und Psychotherapie sollten intensive und systematische Maßnahmen unternommen werden, um die Proliferation von «Spezialethiken» der unterschiedlichen Schulen einzudämmen (Reiter-Theil, 1988, 1996). Ein wichtiger Anreiz hierzu ist auch in den aktuellen Bemühungen um Qualitätssicherung in der Psychotherapie zu sehen. Setzt sich aber der gegenwärtige Trend fort, werden Klinische Psychologen und andere Psychotherapeuten künftig in einer Person ganze Bündel an Ethik-Richtlinien zu vereinigen haben, die sich überschneiden oder widersprechen, aber auch Leerformeln enthalten, deren Wert mehr als fragwürdig ist. Diese Entwicklung ist für die gesamte Psychologie, ebenso wie für das Gesundheitswesen als Ganzes untragbar und nicht zu rechtfertigen. Auf der Suche nach konstruktiven Ansatzpunkten bietet sich die Hypothese an, daß dieses Ethik-Babylon eine Folge der Unterversorgung mit geeigneten Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten ist und daß die vergebliche Suche nach kompetenten Ansprechpartnern oder Ethik-Beauftragten an den Fakultäten und in den Vereinen die Formulierung von *Ethik-Kodizes* als eine Art Selbsthilfe erscheinen läßt. Entsprechend müßte Abhilfe gerade hier ansetzen. Die Multiprofessionalität der Psychotherapie ist eine weitere Bedingung dessen, daß berufsspezifische Richtlinien wie diejenigen des Bundes Deut-

scher Psychologen das Feld ethisch nicht vollständig auffangen und integrieren können. Dies gilt umso mehr für die mißliche Situation der unzureichenden gesetzlichen Regelung von Psychologie und nichtärztlicher Psychotherapie in Deutschland. Das Fazit aus dieser Problemanalyse ist aber nicht etwa die Forderung nach einer «Einheits-Ethik», sondern die Folgerung, daß ohne *gezielte und koordinierte Initiativen* keine Überwindung des gegenwärtigen Chaos zu erwarten ist. Das aber sollte uns die Reputation der Psychologie und der Klinischen Psychologie wert sein.

## 7. Literatur

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1989). *Principles of Biomedical Ethics* (3. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Bockenheimer-Lucius, G. (1995). Die «Bioethik-Konvention» - Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Kontroverse. *Ethik in der Medizin*, 7, 146-153.
- Cohen, C.P., Naimark, H. (1991). United Nations Convention on the Rights of the Child. *American Psychologist* 46, 60-65.
- Dsubanko-Obermayr, K. & Baumann, U. (1998). Informed consent in psychotherapy: demands and reality. *Psychotherapy research*, 8, 231-247.
- Eckart, W. (1990). *Geschichte der Medizin*. Berlin: Springer.
- Eich, H., Reiter, L. & Reiter-Theil, S. (1997). Informierte Zustimmung in der Psychotherapie - einmalige Handlung oder kontinuierlicher Prozeß? Ethische Überlegungen anhand einer Kasuistik zur Kindesmißhandlung. *Psychotherapeut* 42, 369-375
- Ermann, M., Janta, B. & Riedel, P. (1985). Wertvorstellungen von Psychotherapeuten, Kandidaten und Studenten. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 35, 189-192.
- Faden, R. & Beauchamp, T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1997). Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (2. Aufl., S. 253-287). Berlin: Springer.
- Helmchen, H. (1995). Ziele, Beratungsgegenstände und Verfahrensweisen medizinischer Ethikkommissionen. *Ethik in der Medizin*, 7, 58-70.
- Helmchen, H. & Lauter, H. (1995). *Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen?* Stuttgart: Thieme.
- Höffe, O. (1993). *Moral als Preis der Moderne. Ein Versuch über Wissenschaft, Technik und Umwelt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Höger, C., Reiter-Theil, S. & Reiter, L. (1997). Fallbezogene ethische Reflexion. Ein Prozeßmodell zur Ethik-Konsultation in der Kinderpsychiatrie und Psychotherapie. *System Familie*, 10, 174-179
- Kahlke, W. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.). (1995). *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Keupp, H. (Hrsg.). (1972). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (1991). *Psychologengesetz, Psychotherapie-Gesetz: Kurzkommentar*. Wien: Orac.
- Koch, H.G., Reiter-Theil, S. & Helmchen, H. (Eds.). (1996). *Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law, and Clinical Practice*. Baden-Baden: Nomos.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995). Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. *Psychotherapeut*, 40, 59-68.
- Kruse, L. & Kumpf, M. (Hrsg.). (1981). *Psychologische Grundlagenforschung: Ethik und Recht*. Bern: Huber.
- Krüll, M. (1991). Psychotherapie und Ethik - in systemisch-konstruktivistischer Sichtweise. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 2, 431-439.
- Ludewig, K. (1988). Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie*, 1, 103-114.
- McCullough, L.B. & Ashton, C.M. (1994). A Methodology for Teaching Ethics in the Clinical Setting: A Clinical Handbook for Medical Ethics. *Theoretical Medicine*, 15, 39-52.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority*. New York: Harper.
- Pellegrino, E.D. & Thomasma, D.C. (1993). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Pieper, A. (1979). *Pragmatische und ethische Normenbegründung: Zum Defizit an ethischer Letztbegründung in zeitgenössischen Beiträgen zur Moralphilosophie*. Freiburg i.Br., München: Alber.
- Pope, K.S. & Vetter, V.A. (1992). Ethical Dilemmas Encountered by Members of the American Psychological Association. National Survey. *American Psychologist*, 47, 3, 397-411.
- Reich, W.T. (1995). *Declaration of Helsinki, World Medical Association 1964* (revised 1975, 1983, 1989). In *Encyclopedia of Bioethics* (Vol. 5, rev. ed., pp. 2765-2767). London: Simon & Schuster and Prentice Hall International.
- Reimer, C. (1991). Ethik der Psychotherapie. In W. Pöldinger & W. Wagner, (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie* (S. 127-147). Berlin: Springer.
- Reiter, L. (1975). Werte, Ziele und Entscheidungen in der Psychotherapie. In H. Strotzka, (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. (S. 87-112). München: Urban & Schwarzenberg.
- Reiter, L. (1976). Systematische Überlegungen zum Zielbegriff in der Psychotherapie. *Praxis Psychotherapie*, 21, 205-218.
- Reiter, L. & Steiner, E. (1976). Allgemeine Wert- und Zielvorstellungen von Psychotherapeuten und Beratern. *Praxis der Psychotherapie*, 21, 80-90.
- Reiter, L. & Steiner, E. (1996). Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtungen einer Profession. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. (S. 159-203). Wien: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1988). *Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik*. Berlin: Springer.

- Reiter-Theil, S. (1991). Widersprüche einer relativistischen «Ethik» der Therapie auf konstruktivistischer Basis. *Ethik und Sozialwissenschaften*, 2, 480–482.
- Reiter-Theil, S. (1991). Ethik der Verhaltens- und Familientherapie. Warum – Woher – Wofür? In W. Pödingger & W. Wagner (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1992). The Ethics of Convulsive Therapy. *Convulsive Therapy*, 8, 237–244
- Reiter-Theil, S. (1993). Wertfreiheit, Abstinenz und Neutralität? Normative Aspekte in Psychoanalyse und Familientherapie. In L. H. Eckensberger & U. Gähde (Hrsg.), *Ethische Norm und empirische Hypothese* (S. 302–327). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Reiter-Theil, S. (1994). Praktische Fälle und ethische Prinzipien. Ethik-Blockseminare in der Weiterbildung zur Familientherapie sowie Psychotherapie/Psychosomatik. *Ethik in der Medizin*, 6, 71–76.
- Reiter-Theil, S. (1995). Von der Ethik in der Psychotherapie zur patientenorientierten Medizinethik. Das Modell Patientenforum Medizinische Ethik. *psycho-sozial*, 18 (IV), 25–33.
- Reiter-Theil, S. (1996). Ethische Probleme in der Klinischen Psychologie. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 937–955). Göttingen: Hogrefe.
- Reiter-Theil, S. (1997a). Antworten auf Wandel: Das Problem des Paradigmenwechsels in der Medizinethik. Überlegungen aus deutscher Sicht. In U. Tröhler & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?* (S. 343–359). Göttingen: Wallstein
- Reiter-Theil, S. (1997b). Therapie und Ethik in systemischer Perspektive. In L. Reiter, E.J. Brunner & S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 41–65). Berlin: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1998). Kompetenz durch Ethik-Konsultation: ein Modell – dargestellt am Problem der Sterilisation einer geistig behinderten Frau. *Systeme*, 12, 2–15
- Reiter-Theil, S. (1998). Vom Expertendiskurs zum Patientenforum Medizinische Ethik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift (im Druck)*
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1991). Informed Consent in Family Therapy: Necessary Discourse and Practice. *Changes*, June, 81–90.
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 14–20.
- Reiter-Theil, S. & Hiddemann, W. (1996). Problemwahrnehmung, Perspektivenwechsel, Mitverantwortung. Der Beitrag von Patienten zur Ethik in der Medizin. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 6, 2–4.
- Schuler, H. (1982). *Ethische Probleme psychologischer Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- ten Have, H. (1994). The Hyperreality of Clinical Ethics: A Unitary Theory and Hermeneutics. *Theoretical Medicine*, 15, 113–131.
- Thomasma, D.C. (1994). Clinical Ethics as Medical Hermeneutics. *Theoretical Medicine*, 15, 93–111.
- Tomlinson, T. (1994). Casuistry in Medical Ethics: Rehabilitated, or Repeat Offender? *Theoretical Medicine*, 15, 5–20.
- Tröhler, U. & S. Reiter-Theil (Hrsg.). (1997). *Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?* Göttingen: Wallstein.
- Wagner, W. (Hrsg.). (1993). *Arzneimittel und Verantwortung. Grundlagen und Methoden der Pharmaethik*. Berlin: Springer.

