

Zwangsbehandlung und Verhandlungskultur in der Psychiatrie

Übersicht: Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Kundenbegriff in psychiatrischen Kontexten und einer kurzen Übersicht zur Häufigkeit von Zwangsbehandlungen wird dargestellt, wie durch Verhandlungen über Therapieziele die Autonomie der Patientinnen und Patienten, vor allem der unfreiwillig behandelten, allmählich wieder wachsen kann. Der Autonomiebegriff im Spannungsfeld zwischen notwendigem Schutz von Patienten und Umfeld einerseits und dem Recht auf Abwehr einer Behandlung andererseits wird diskutiert. Die Fähigkeit zu verhandeln wird in diesem Kontext als Kernkompetenz psychiatrisch Tätiger definiert und beschrieben.

Schlüsselwörter: Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung, Verhandlung, Therapieziele, Autonomie

Eine psychiatrische Zwangsbehandlung ist für die Patientin und den Patienten eine durch und durch fremdbestimmte Angelegenheit. Wie daraus allmählich wieder selbstbestimmtes, autonomes Handeln werden kann, ist Gegenstand dieses Beitrags. Für eine von uns (UB) stand am Anfang der Auseinandersetzung mit dieser Frage ein Schlüsselerlebnis mit einem brandgefährlichen Patienten.

Beispiel 1: Der stolze Verhandlungspartner – Herr G.

Eine alterspsychiatrische Station war wegen Unterbelegung von einem Tag auf den anderen zu einer psychotherapeutischen Station umgewidmet worden, und ich war, genauso plötzlich, als therapeutische Leiterin der Station installiert worden. Wenige Tage nach der Umwidmung der Station wurde uns Herr G. zur Verlegung aus dem Gefängnis angemeldet. Nach Angaben des Gefängnispsychiaters sei er dort suizidgefährdet. Wir sollten doch bitte versuchen, ihn offen zu führen. Wenn das nicht gehe, müsse Herr G. zurück ins Gefängnis. Er sei wegen mehrerer Brandstiftungen und Körperverletzungen in Untersuchungshaft. Wir sollten gut darauf achten, dass er keinen Alkohol konsumiere, da er schon bei den geringsten Mengen sehr aggressiv werde.

Das neu zusammengewürfelte Team war nicht begeistert. Da die Existenzberechtigung der neuen Station aber von guter Belegung abzuhängen schien, übernahmen wir Herrn G. dann doch. Er kam an einem Mittwoch zu uns.

Am darauffolgenden Sonntagmorgen rief mich die Pflegefachfrau, die Nachtdienst gehabt hatte, völlig aufgelöst zu Hause an. Herr G. sei am Abend angetrunken auf die Station gekommen, habe sich mit ihr im Stationsbüro verschanzt und sie mit dem Tode bedroht, falls sie ihn verpfeife. Sie habe schreckliche Angst, aber ich solle keinesfalls gegen Herrn G. vorgehen und sie dabei als Informationsquelle nennen.

Am Montag bat ich Herrn G. zum Gespräch und eröffnete ihm, dass wir aufgrund der ganzen organisatorischen Veränderungen in den Tagen seit seinem Eintritt noch etwas lax

gewesen seien, dass wir aber Anweisungen hätten, seinen Alkoholkonsum zu kontrollieren. Ab sofort sei das Pflegepersonal angehalten, jeden Abend einen Blastest abzunehmen. Bei positivem Resultat sei ich verpflichtet, dies dem ärztlichen Direktor zu melden, der dann über die Rückverlegung ins Gefängnis entscheiden werde. – Ich hatte diese Regelung schriftlich formuliert auf einem Blatt, das ich Herrn G. übergab. Er las es und fragte: »Und wo ist Platz für meine Unterschrift?«

Wir unterschrieben beide feierlich und gaben uns am Schluss des Gesprächs die Hand. Ab da lief der Aufenthalt von Herrn G. auf unserer Station völlig problemlos, bis auf eine Ausnahme: Nach einem ›Kaffee fertig‹ (alkoholhaltiges Schweizer Nationalgetränk) schlug der Blastest an, und die Kaskade der Anstaltshierarchie lief – wie vereinbart – an. Sie zeigte sich aber dieses Mal gnädig, und Herr G. konnte bleiben.

Nach dem Gerichtsverfahren, der Anrechnung der Zeit in U-Haft und Klinik sowie der Aussetzung der Reststrafe auf Bewährung wanderte Herr G. nach Kanada aus und meldete sich gelegentlich per Postkarte beim ärztlichen Direktor. Dass Herr G. eine unglückliche Kindheit und Jugend mit wenig präsentem, sehr entwertendem Vater gehabt hatte und im ärztlichen Direktor einen väterlichen, strengen, aber gerechten Förderer seiner Entwicklung sah, tut hier nichts zur Sache.

Dieses Beispiel zeigte uns, wie der Stolz darauf, Verhandlungspartner zu sein und durch Unterschrift den Willen zur Zusammenarbeit bekundet zu haben, sowohl die Haltung als Knast- oder Psychiatrieopfer (›Ich bin eingesperrt, also kann ich mich auch daneben benehmen‹) überwinden half als auch die Bedrohlichkeit des gefährlichen Täters (›Anders kann ich mich hier nicht durchsetzen‹) reduzierte.

Kundenorientierung in der Psychiatrie?

Spätestens mit der Diskussion um das Qualitätsmanagement hielt der Kundenbegriff Einzug in die Psychiatrischen Kliniken. Alle umfassenden Konzepte (Total Quality Management, European Foundation for Quality Management) stellen die Befriedigung der Kundenbedürfnisse in den Mittelpunkt. Zur Erfassung dieser Bedürfnisse und als Nachweis ständiger Qualitätsverbesserungen sollen Kundenbefragungen dienen. Nun ist aber die Patientin einer psychiatrischen Klinik meist keine Kundin, jedenfalls am Anfang nicht. Ihr fehlt die Konsumentensouveränität, also die Möglichkeit, autonom für oder gegen die angebotene Dienstleistung zu entscheiden. Auch bezahlt sie nicht den Preis der Dienstleistung, sondern sie ist Mitglied einer Krankenkasse, die wiederum einen Teil der Dienstleistungskosten trägt.

Legen wir die Shazers (1989) überaus bekannte Kategorien zugrunde, so sind die meisten Psychiatrie-Patienten ebenfalls nicht einfach zuzuordnen: Kunden sind sie nicht, wenn sie die Dienstleistung eigentlich nicht wollen; Besucher sind sie auch nicht, wenn sie unfreiwillig da sind; und Klagende sind sie zwar häufig, aber allein deswegen hätten sie

sich meist auch nicht aus eigener Initiative in die Klinik begeben. Schweitzer (1995) hat in seinem Artikel über Kundenorientierung in der Psychiatrie zahlreiche sehr schöne Beispiele zusammengestellt, um zu zeigen, wie sich professionelle Helfer und Helferinnen die Zähne ausbeißen können, wenn sie an den Bedürfnissen vorbei »helfen«. Er stellt eine Reihe von sinnvollen Fragen, die der Helferin dabei helfen können, ihre Hilfe nicht vergebens an den Mann und an die Frau bringen zu wollen.

Folgende Mechanismen bewirken im komplexen Gebilde einer psychiatrischen Einrichtung, dass Patientinnen und Patienten eben – zumindest zunächst – eher Opfer als Kunden sind (siehe auch Borst u. Werther 1999):

- Eintritte sind oft nicht freiwillig, sondern werden von Behörden, Angehörigen oder Amtsärzten erzwungen, sind also tatsächlich eher »Einweisungen« als »Eintritte«.
- Der medikamentösen Behandlung liegt meist ein medizinisch-biologisches Krankheitsmodell zugrunde; die Ärztin ist die Expertin, der Patient hat wenig Mitwirkungsmöglichkeiten. Wie viele Tabletten landen deshalb in den Blumentöpfen!
- Obwohl die Medikamente aus Sicht der PatientInnen oft mehr unerwünschte als erwünschte Wirkungen haben, wird sehr viel Druck ausgeübt, damit sie eingenommen werden.
- Der Tagesablauf in der Klinik orientiert sich in erster Linie an organisatorischen Notwendigkeiten, in zweiter Linie an dem, was das Personal für eine sinnvolle Tagesstruktur hält. Die Nähe zur totalen Institution (Goffman 1973) ist erschreckend. Von den Patientinnen und Patienten werden die Vorgaben häufig als bevormundend und einschränkend erlebt.
- Bewährte Lösungsversuche der Patienten, z. B. Rückzug, werden oft mit Symptomen verwechselt und entsprechend bekämpft.
- Die Wahlmöglichkeiten und Zukunftsperspektiven der Patientinnen sind oft so eingeschränkt, dass der Aufenthalt in der Klinik unter Umständen – wie etwa bei Wohnungs- und Arbeitslosigkeit oder familiären Problemen – das kleinere Übel ist.

Gesellschaftlicher Konsens I: Zwang ist manchmal nötig ...

Warum unterlässt man es nicht einfach, derart unwillige KundInnen zu behandeln? Die Antwort liegt auf der Hand: zum Schutze des Patienten und der Umgebung. Der gesellschaftliche Konsens über die Indika-

tionen einer erzwungenen Behandlung ist breit. Steinert et al. (2005) haben insgesamt 1737 Personen, Professionellen und Laien, aus vier Ländern drei Fallvignetten vorgelegt und danach gefragt, ob einer Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung zugestimmt würde. Sie fanden hohe Zustimmungsraten selbst in den Fällen, in denen die Selbst- oder Fremdgefährdung, die von den hypothetischen Patienten ausging, moderat war. Am höchsten war die Zustimmung, wenn ein Risiko für einen Menschen in der Umgebung der psychisch kranken Person bestand. Es zeigten sich außerdem berufsgruppenspezifische Unterschiede. Sozialarbeiter und Psychologen lagen bei allen drei Szenarien mit ihrer Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen deutlich unter den Werten der Psychiater, der anderen Ärzte, des Pflegepersonals oder der Laien. Weiterhin zeigten sich Länder-Unterschiede. In England und Ungarn waren die Zustimmungsraten höher als in Deutschland und der Schweiz.

Die gesetzlichen Grundlagen sind in den Ländern sehr unterschiedlich. In der *Schweiz* wurde das Zivilgesetzbuch in den 1970er Jahren der europäischen Menschenrechtskonvention angepasst und 1981 als für alle Kantone verbindliche Rechtsgrundlage definiert. Die Ausführungsbestimmungen zu Zwangsmaßnahmen sind hingegen weiterhin von Kanton zu Kanton unterschiedlich. So dürfen auch zwangsweise eingewiesene Personen teilweise nur dann gegen ihren Willen, etwa mit Medikamenten, behandelt werden, wenn die Behandlung zur Lebenserhaltung oder zur Abwehr eines schweren Gesundheitsschadens unumgänglich ist (Geiser 1995). – In *Deutschland* sind die Anforderungen des PsychKG für einen Freiheitsentzug seit Ende der 1990er Jahre gesunken, indem die Anforderungen an ärztliche Gutachten verändert wurden (Müller 1999). Das Attest eines Arztes reicht heute aus; vor 1997 mussten immer zwei Ärzte gemeinsam die Notwendigkeit der Einweisung prüfen. Als Voraussetzung gilt eine psychische Erkrankung oder Behinderung und eine – dadurch bedingte – »gegenwärtige erhebliche Gefahr für sich oder andere« (PsychKG) oder die nicht unbedingt akute Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens für den Betroffenen (Betreuungsrecht). Die Gefahr darf nicht anders, etwa durch ambulante Behandlung oder Aufsicht, abwendbar sein. Seit 1992 müssen außerdem alle Maßnahmen im alterspsychiatrischen Bereich, also vor allem in Heimen, genehmigt und erfasst werden. Diese unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach §1906 BGB bedürfen einer richterlichen Zustimmung und umfassen das Verschließen von Türen, das Anbringen von Bettgittern oder Fixierungen bei Untergebrachten.

Gesellschaftlicher Konsens II: ... und wird immer nötiger?

Zivilrechtliche Unterbringungsfälle nahmen in *Deutschland* zwischen 1992 und 2003 von 24 auf 55 pro 100 000 Einwohner zu. Während in den neuen Bundesländern die Zahl der nach PsychKG untergebrachten Patienten von 15 auf 26 pro 100 000 anstieg, blieb die Zahl in den alten Bundesländern mit 80 auf 100 000 relativ konstant. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken in diesem Zeitraum stark gestiegen ist (Spengler 2007). Pro Jahr werden in Deutschland mittlerweile insgesamt etwa 110 000 Menschen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (UBG/PsychKG) und dem im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelten Betreuungsrecht in der Bundesrepublik zwangsweise untergebracht.

Bei der letzten größeren Erhebung zu den Unterbringungen mit gesetzlicher Grundlage in der *Schweiz* zeigen sich deutliche kantonale Unterschiede. Während in der Zentral- und Ostschweiz etwa 15 Prozent der Klinikeinweisungen im Rahmen einer gesetzlichen Grundlage nach ZGB als »fürsorgerische Freiheitsentziehung« erfolgten, waren dies im städtischen Kanton Zürich mit 27,9 Prozent, aber auch im eher ländlich strukturierten Tessin mit 28,7 Prozent fast doppelt so viele (Obsan 2006).

In der europäischen Eunomia-Studie (Beck u. a. 2004) konnte gezeigt werden, dass eine psychiatrische Behandlung gegen den Willen der Patienten zu deutlich schlechteren Ergebnissen führt als die Behandlung auf freiwilliger Basis. Zudem dokumentiert die Studie, dass eine Behandlung, die über die Androhung eines rechtlichen Beschlusses erzwungen wird, nicht wesentlich besser verläuft als die Behandlung von Patienten mit offiziellem Beschluss zur Zwangseinweisung.

»Und bist du nicht willig, so brauch' ich Gewalt«

Auf der Skala der Restriktionen, die in psychiatrischen Kliniken möglich und vielleicht auch nötig sind, sind die Übergänge fließend. Erpressung und Nötigung sind Vorformen des Zwangs und subtiler Zwang.

Wenn es als Qualitätsmerkmal gelten kann, dass Klinikmitarbeitende ihre Patientinnen und Patienten von einem freiwilligen Verbleib in der Klinik überzeugen, selbst wenn sie per Zwangseinweisung gekommen sind, dann ist die Psychiatrische Klinik Münsterlingen gut und im Laufe der Jahre noch etwas besser geworden. Im Jahr 1998 lag der Anteil

der freiwillig eintretenden Patienten bei knapp 76 Prozent, 2006 bereits bei 80,6 Prozent. Interessanter noch ist der Anteil der auf zivilrechtlicher Grundlage Zwangseingewiesenen (1998: 20,1 Prozent, 2006: 17,2 Prozent) – 72 Stunden später sind nur noch 4,5 Prozent (2006) unfreiwillig da. Die anderen 12,7 Prozent konnten entweder überzeugt werden, freiwillig zu bleiben, oder wurden gleich wieder entlassen. Allerdings ist auch die Überzeugungsarbeit, die hier offensichtlich vom Personal der Aufnahmestationen geleistet wird, nicht immer frei von Nötigung. Die Patientinnen und Patienten wissen genau, was ihnen droht, wenn sie nicht »freiwillig« bleiben wollen. – Auch gab es pro Jahr ein gutes Dutzend Personen, die freiwillig gekommen sind und zwangsweise einbehalten wurden.

Das oben erwähnte Problem, dass Behandlungen unter Zwang oder dessen Androhung schlechtere Ergebnisse aufweisen als freiwillige Behandlungen, ist vermutlich durch die verweigerte Mitwirkung der Patienten zu erklären. In keiner medizinischen Disziplin ist die Mitwirkung an der Behandlung so entscheidend für den Behandlungserfolg wie in der Psychiatrie.

Die Lösung muss also sein, innerhalb ein und derselben Hospitalisation in Phasen das zu durchlaufen, was verschiedene Autoren eher als historische Entwicklung der Patientenmitwirkung sehen: vom bevormundeten zum informierten, zum mündigen, zum autonomen, zum kompetenten¹ Patienten (Nagel 2005). – Im Folgenden soll es um die Autonomie der Patientinnen und Patienten gehen, die sich im Klinikbetrieb durch gemeinsame Entscheidungsfindung (»shared decision making«; zum Stand der Diskussion in Psychiatrie und Neurologie vgl. Hamann et al. 2005) fördern und erhöhen lässt.

Therapieziele in Verhandlung

An der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurde ein Standard entwickelt, der den Therapieprozess regelt. Zentral ist die Erstellung eines

¹ Wir möchten uns nicht anmaßen, etwas über kompetente Psychiatrie-PatientInnen zu schreiben; laut Definition von Nagel (2005) sind kompetente Patienten zum Beispiel Brustkrebs-Patientinnen, die sich den Herausforderungen der Erkrankung stellen und sich auf die eigenen Ressourcen der Krankheitsbewältigung besinnen. Der Gegenstand der Kompetenz ist hier so sehr die Erkrankung, dass uns die Parallele zu den psychischen Problemen schwer fällt. Ein depressiver Patient wird sich doch vermutlich nichts sehnlicher wünschen, als dass er wieder guter Stimmung sei, gleichzeitig ist sein Problem ihm so nah, dass er es nicht »bewältigen« kann.

Therapieplans, in dem Ziele mit dem Patienten vereinbart werden. Dieses Procedere wurde im Laufe eines großen Projekts bereits 1996 auf allen Stationen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen eingeführt. Wie wird aber nun konkret vorgegangen? Bleibt ein Patient länger als zwei Wochen, wird in einer Teamsitzung ein Therapieplan erstellt. Anwesend ist nach Möglichkeit das gesamte Team, d. h. Pflorgeteam, Arzt, Psychologinnen, Bewegungs- und Musiktherapeutin, Sozialarbeiterin und teilweise auch Arbeitstherapeuten. Der Patient wird in die Teamsitzung eingeladen.

Der Therapieplan enthält eine Beschreibung von Problemen und Ressourcen, Zielen und Maßnahmen. Hier in Auszügen das Beispiel eines Patienten, der während psychotischer Episoden jeweils äußerst gewalttätig werden konnte und über den im Beispiel 2 noch ausführlicher berichtet wird:

Probleme / Ressourcen (Wer sieht das Problem wie?)	Ziele (Woran merkt man, dass das Problem beseitigt ist?) (Wann ist das Problem kein Entlassungshindernis mehr?)	Maßnahmen	verantwortlich	Mitwirkung*	Visum Patient
(Therapeuten): Haben Befürchtungen aufgrund der Vorgeschichte – meist führten Tötlichkeiten zu den bislang 14 Hospitalisationen (Herr D.): Möchte wegkommen von den Zuständen, die ihn plötzlich überfallen. Es kommt immer erst die Angst, dann legt sich Herr D. ins Bett und wartet. Oft wird dann die Angst schlimmer, Herr D. fühlt sich bedroht und »setzt Zeichen«, indem er jemanden angreift.	keine Bedrohung von Personal oder anderen Personen Bedingungen der Angst verstehen, andere Methoden entwickeln, als sich ins Bett zu legen	schriftliche Vereinbarung mit dem Team, später mit den Nachbetreuenden Rückzug wohldosiert, Kontakte planen, die »Zuversicht« und das »Vertrauen« im inneren Verein stärken		zK m	
Eltern haben häufig die Einweisung veranlasst Herr D. fühlt sich dadurch gegängelt	jemand anderen finden, der draußen mit Herrn D. zusammen seinen psychischen Zustand im Auge hat und bei Bedarf die Klinikeinweisung organisiert	Vertrag mit dem Externen Psychiatrischen Dienst in R. machen		e	

* zK = zur Kenntnis genommen, m = mitgewirkt, e = einverstanden

Auch die Sichtweisen anderer »Auftraggeber« (Familie, Behörden, Hausärzte) sollten hier einfließen. Bei der Formulierung konkreter und realisierbarer Ziele helfen Leitfragen wie »Woran merkt man, dass das Problem beseitigt ist?« oder »Wann ist das Problem kein Entlassungshindernis mehr?« Dies ist übrigens nicht nur für unsere Patienten gewöhnungsbedürftig, sondern verlangt von allen Teammitarbeitern Übung. Wesentlich ist, mit dem Patienten eine gemeinsame Sprache zu finden, auf Fachbegriffe zu verzichten oder sie zumindest verständlich erklären zu können. – Hinter jeder Maßnahme wird notiert, ob der Patient an deren Planung mitgewirkt hat, ob er einverstanden ist, nicht einverstanden ist, sie zur Kenntnis genommen hat oder ob keine Reaktion zu erhalten war. Am Schluss unterschreibt der Patient die einzelnen Punkte des Therapieplans, die therapeutische Leiterin und die pflegerische Bezugsperson ebenfalls.

Beim Einbezug der Patientinnen und Patienten konnten wir überraschende Erfahrungen machen. Patienten sind meistens aufgeregt, was in Anbetracht der Anzahl der Therapeuten verständlich ist. Nachdem sich die erste Aufregung gelegt hat, scheinen die Patienten die gesammelte Aufmerksamkeit durchaus zu schätzen. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist keine derartige Mitwirkung zu erreichen. Manche fürchten, sich durch eine Unterschrift allzu sehr festzulegen. Eine besondere Herausforderung ist es, wenn kein Konsens erzielt werden kann. Zielvorstellungen müssen dann entsprechend reduziert werden. Bei einigen wenigen Problemen, Zielen und Maßnahmen beharren die Therapeuten allerdings auf ihrer Version, so etwa, wenn Cannabiskonsum vom Patienten nicht als Problem bezeichnet wird, von den Therapeuten aber Maßnahmen dagegen ergriffen werden. Die Patientin wird in solchen Fällen ermutigt, ihr Nicht-Einverständnis auf dem Plan zu vermerken. – Bei längeren Aufenthalten wird der Therapieplan nach etwa drei Monaten neu erstellt.

Im groß angelegten SYMPA-Projekt – »Systemische Methoden in der psychiatrischen Akutversorgung«; Schweitzer u. a. 2005 – liegt einer der Schwerpunkte ebenfalls auf der gemeinsamen Therapieplanung, die hier allerdings, der Akutpsychiatrie angemessen, in schnellerem Rhythmus durchgeführt und revidiert wird. Ein zweiter Schwerpunkt ist die Verhandlung über die Behandlung, inklusive der Medikation und eventueller, die Freiheit beschränkender Maßnahmen. Grundprinzip für beide Themenbereiche ist die Vergrößerung des Spielraums und das Schaffen neuer Möglichkeiten für die Patientin oder den Patienten.

Im folgenden Beispiel, wiederum aus der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, ist zu sehen, welches Ergebnis die Verhandlungen über Zwangsbehandlung und Medikation nach einem mehrmonatigen Aufenthalt haben können. Es geht um den bereits erwähnten Herrn D.; die ausgehandelte Vereinbarung ist nicht frei von Nötigung, eröffnet aber doch einige Spielräume für Herrn D.

Beispiel 2: Zähes Ringen um Freiheit und Medikation – Herr D.

Herr D. ist 34 Jahre alt, als er im Rahmen der 15. Hospitalisation, wie immer von der Polizei und in Handschellen, in die Klinik gebracht wird. Die Krankengeschichte ist zwar dick, liest sich aber schnell, denn das Muster ist fast immer gleich: Entlassung aus der Klinik, Absetzen der antipsychotischen Medikation, Versuch, im Leben zurechtzukommen, Rückzug ins Zimmer, zunehmender Cannabis- und Alkoholkonsum, Verfolgungsideen, Tötlichkeiten gegen ausländische Mitbürger und gegen die Eltern. Während der fünften Hospitalisation wurde Herr D. bevormundet und bekam eine Rente zugesprochen.

Nachdem der oben gezeigte Therapieplan vereinbart worden war, begann eigentlich schon die Austrittsplanung, die sich jedoch über mehrere Monate hinzog. Die Vormundschaftsbehörde war nämlich nicht bereit, einer Entlassung aus der Klinik zuzustimmen, solange sie dem gewohnten Muster zu folgen schien. Also musste verhandelt werden. Vertragspartner waren: Herr D., seine Eltern, Oberarzt und Pflegefachfrau des externen psychiatrischen Dienstes in R., die Behörde, der Hausarzt und die therapeutische Leiterin der Station (UB). Ergebnis war die folgende Vereinbarung:

Vereinbarung

Diese Vereinbarung dient zwei Zielen:

– Herr D. möchte seinen Alltag weitgehend selbst gestalten. Er will seinen Haushalt selbst führen und verschiedenen Beschäftigungen nachgehen. Überforderung möchte er vermeiden.

– Der Schutz der Umgebung vor Tötlichkeiten soll gewährleistet werden. Da eine Bedrohung für die Umgebung in der Vergangenheit immer dann entstanden ist, wenn Herr D. seine Medikamente abgesetzt hat und sich seinerseits bedroht gefühlt hat, soll in Zukunft die Medikamenten-Einnahme kontrolliert werden und ein länger anhaltender Rückzug vermieden werden.

Deshalb wird folgende Betreuung und Behandlung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt vereinbart:

– Herr D. nimmt die verordnete Medikation in eigener Regie ein.

– Herr D. kommt einmal wöchentlich in den externen psychiatrischen Dienst in R. zu einem Gespräch bei Dr. X, zum Beispiel über Angst, Medikamenten-Nebenwirkungen, Bewältigung des Alltags.

– Die Kontrolle von Medikamentenspiegel und Drogen-Urin lässt Herr D. etwa alle drei Wochen bei seinem Hausarzt vornehmen.

– Einmal wöchentlich erhält Herr D. Besuch von der Pflegefachfrau Frau N. Mit ihr kann Herr D. bei Bedarf die Haushaltsführung, die Ernährung und den Tagesablauf besprechen.

Sollte Herr D. ohne plausiblen Grund zwei vereinbarte Termine hintereinander versäumen, so wird dies zunächst an Dr. X oder seine Stellvertretung gemeldet. Kann dieser sich mit Herrn D. nicht verständigen und auf das weitere Vorgehen einigen, meldet er dies dem Bezirksarzt, der eine sofortige Einweisung in die Klinik vornimmt. Ebenso erfolgt die Einweisung, sobald die Eltern oder die Therapeuten den Eindruck haben, dass bei Herrn D. das Gefühl des Bedroht-Werdens, für die Umgebung die

Bedrohlichkeit zunimmt. Auch ein zu niedriger Medikamentenspiegel oder positiver Drogen-Urin kann zur Einweisung führen.

In erster Linie wird aber Herr D. selbst auf Frühwarnzeichen einer nahenden Krise achten und die nötigen Schritte tun, zum Beispiel sich bei seinem Psychiater oder Hausarzt melden, um Eskalationen zu vermeiden. Auch wäre es sehr zu begrüßen, wenn Herr D. freiwillig in die Klinik eintritt, um dort Schutz zu suchen und neue Kräfte für ein eigenständiges Leben zu sammeln.

Wenn Herr D. ein Jahr lang ohne Klinikeinweisung zurechtkommt oder allenfalls freiwillige Kriseninterventionen in der Klinik durchführt, lädt das Team der Station A ihn herzlich zu einem kleinen Fest ein.

Diese Vereinbarung kann im gegenseitigen Einvernehmen geändert werden, wenn die Änderung für die weitere Entwicklung Herrn D.s förderlich ist.

(Unterschriften)

Herr D. betrachtete die Vereinbarung als sein Werk. Sie sollte nach seinem Willen dennoch nicht in der ersten Person Singular geschrieben sein, da er die Veranlassung für die Vereinbarung völlig richtig bei den anderen Vertragspartnern sah. – Nach dem Austritt in eine eigene Wohnung, die die Eltern ihm gekauft hatten, hielt Herr D. die Vereinbarung sehr gut ein. Er kam in den folgenden sieben Jahren bis heute noch ein einziges Mal auf Initiative der Eltern in die Klinik, dieses Mal ohne Handschellen. Die Wohnung gab er allerdings bald auf, da ihm die Hausarbeit über den Kopf wuchs. Stattdessen ging er vom Elternhaus aus an drei Tagen in der Woche einer Tätigkeit im Lager eines ökologisch orientierten Versandhandels nach.

An diesem Beispiel ist zu sehen, dass die Verhandlungen im Großen und Ganzen zwei Bereichen zuzuordnen sind: (1) Forderungen Dritter, hier der Vormundschaftsbehörde, müssen erfüllt werden, und es geht darum, wie man die lästigen Fremdeinflüsse wieder loswird (vgl. Conen 1999); (2) Eigenständigkeit und Autonomie sollen zunehmen, und es geht darum, aus dem therapeutischen Angebot das auszuwählen, was dabei hilft. Im Idealfall motivieren Themen aus (1) die gemeinsamen Bemühungen zu (2). Nicht immer gelingt es jedoch, zu einem für beide Seiten befriedigenden Ergebnis zu kommen, wie das folgende Beispiel zeigt.

Beispiel 3: Gescheiterte Verhandlung – Herr A.

Herr A. kann sich während seiner fünften Hospitalisation nicht zu dem im Therapieplan skizzierten Wechsel in eine betreute Wohnsituation entschließen. Er will dagegen entlassen werden und wieder in seine Ein-Zimmer-Wohnung einziehen. Er stimmt mit dem Psychiater (HL) überein, dass er die Wohnung nur noch verlassen hat, um wenige Lebensmittel und sechs bis acht Flaschen Bier täglich einzukaufen. Die Wohnung ist verreckt, Herr A. ist untergewichtig, die Zähne sind teilweise ausgebrochen, die Haare lang und das Erscheinungsbild ungepflegt. Die vom Psychiater verordneten Medikamente gegen die Symptome einer Psychose und Depression hat er sehr unregelmäßig eingenommen. Unterstützung von Seiten der Familie ist nicht erwünscht. Über all das herrscht Einigkeit in der Einschätzung. Aber trotz langer Verhandlungen können Patient und Psychiater sich nicht einigen, wie es weitergehen soll. Der wortkarge Herr A. vermittelt kurz, aber sehr deutlich, dass ein Wohnheim nicht die Alternative darstellt, die er sich erhofft hat. Weitere betreute Wohnmöglichkeiten anzuschauen lehnt er ab. Therapieplan

hin oder her – Herr A. sagt zu Recht, bei Unterzeichnung des Therapieplanes habe er ja noch nicht wissen können, dass es ihm dort im Heim so wenig gefallen würde. Nach langem Verhandeln willigt Herr A. ein, dass in Zukunft etwa ein Mal wöchentlich ein Mitarbeiter eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes bei ihm in der Wohnung vorbeischauen würde. Mich als behandelnden Psychiater beschäftigt danach die Frage, ob die Einleitung vormundschaftlicher Maßnahmen oder vielleicht auch »nur« die Androhung eines solchen Schrittes nicht doch notwendig gewesen wäre. Muss ich – während jahrelanger Verhandlungen – zusehen, wie Herr A. gesundheitlich abbaut? Muss ich handeln oder verhandeln? In einem nächsten »Verhandlungsschritt« eröffne ich Herrn A., dass ich die von mir seit fünf Jahren auf seinen Wunsch hin durchgeführte ambulante Betreuung an einen noch zu suchenden Psychiater abgeben werde, falls er bei seinem definitiven »Nein« zum betreuten Wohnen und dem »Ja« zum Weiter-Trinken bleiben sollte. Der Schritt vom Verhandeln zum Nötigen ist getan. Herr A. bricht die Behandlung ab. Letztendlich konnte ich mich mit dem Patienten nur im Sinne eines Minimalkonsenses auf die ambulante Pflege einigen. Aktuell habe ich noch das Gefühl, dass sowohl der Patient wie auch ich als sein Psychiater verloren haben. Ich bedaure, dass ich keinen anderen Weg gefunden habe. Ein Zuschauen und Begleiten trotz körperlichen Zerfalls ist mir bei Suchtpatienten meist gelungen – mit dem wiederholten Versuch, über andere Wege zu verhandeln. Hier ging es nicht.

Die bei Suchtpatienten derzeit gerne geübte Entscheidungshilfe mit Technik und Grundhaltung des Motivational Interviewing (Rollnick u. Miller 1995) hatte bei Herrn A. seine Grenze gefunden. Die Kombination von Psychose und Sucht, die spezifische Konstellation der Beeinträchtigungen bei diesem Patienten oder die mangelnde Bereitschaft des behandelnden Arztes, ein Risiko einzugehen – was war es, was die Verhandlungen scheitern ließ?

Fernziel Autonomie

Die Anwendung von Zwang als extremer Variante der Fremdbestimmung (Heteronomie) ist eng verbunden mit Annahmen zur eingeschränkten Autonomie des Betroffenen. Selbstgefährdung und Suizidalität werden per se als Zeichen einer psychischen Erkrankung und somit eingeschränkter Autonomie gesehen, Fremdgefährdung nur dann, wenn die Zurechnungsfähigkeit nach erstem Augenschein als vermindert oder aufgehoben angesehen wird. Als dritter Grund gilt, je nach Land sehr unterschiedlich gedeutet, wenn die nötige persönliche Fürsorge auf andere Weise nicht gewährleistet werden kann², was die Gefahr der Verwahrlosung einschließt. Beispielhaft für den zweiten und dritten Grund kann hier wieder Herr D. angeführt werden. Als

² In Art. 397a Abs. 1 des Schweizer ZGB heißt es wörtlich: »Eine mündige oder entmündigte Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann. Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet. Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald ihr Zustand es erlaubt.«

Therapieziel wurde während der akuten Phase die Verminderung der Gefährlichkeit für Dritte gesetzt; später, als Rehabilitationsziel, ging es um Selbstständigkeit in allen Lebensvollzügen. Herr A. kann als Beispiel für den dritten Grund gelten.

Auch ohne Selbst- und Fremdgefährdung ist Autonomiezuwachs also ein Therapieziel. Aber wessen Ziel? Wie Blankenburg (1985) darlegt, ist Autonomie immer auch das Ergebnis eines Zuschreibungsprozesses; Autonomie, Willensfreiheit und Verantwortungsbewusstsein werden, in Anlehnung an Weinschenk (1981), als nützliche, arterhaltende »Fiktionen« gesehen. In der Zuschreibung unterscheiden sich aber die verschiedenen Interessen- und Berufsgruppen stark, wie bereits die oben zitierte Studie von Steinert u. a. (2005) erahnen lässt.

Zu erklären sind diese Unterschiede teilweise durch das vorherrschende Krankheitsmodell (siehe auch Küchenhoff 2007). Das medizinische Krankheitsmodell nimmt eine Krankheit als Ursache für eingeschränkte Autonomie an und findet allerlei neurophysiologische, -anatomische und -biologische Belege dafür, dass der betroffene Mensch gar nicht verantwortlich handeln kann. Das Pflegepersonal dagegen neigt dazu, viel eher eine gewisse Autonomie oder Verantwortlichkeit anzunehmen, und Mitglieder therapeutischer Teams sind häufig »praktische Theoretiker der Verantwortlichkeit«, indem sie die Handlungen der Patienten mehr oder weniger den Polen »genau wissen, was er / sie tut« und »nicht wissen, was er / sie tut« zuordnen (Fengler u. Fengler 1981). Dabei wird unseres Erachtens Autonomie aber zu oft noch rein auf das Subjekt bezogen. Wie das folgende Beispiel zeigt, bleiben andere Aspekte der Autonomie und die Auswirkung der Hospitalisation auf die Beziehungen dabei allzu leicht außen vor, wenn sie nicht sorgfältig mitbedacht werden.

Beispiel 4: Pater familias – Herr Y.

Herr Y. wurde vom Hausarzt wegen sogenannter funktioneller Herz- und Atembeschwerden zugewiesen, für die es keine körperlich begründete Erklärung gab. Bei der kleinsten Anstrengung, zum Beispiel beim Treppensteigen, geriet er völlig außer Atem und meinte, sterben zu müssen. Seine Gesichtshaut war fahl, die Lippen blau. Er wirkte um einige Jahre älter, als er war. Am Arbeitsplatz in einer Spedition war er bereits seit mehreren Monaten nicht mehr einsetzbar und war krank geschrieben.

Zu seiner Lebensgeschichte befragt, erzählte er sein persönliches Drama: In der Türkei geboren und aufgewachsen, sei er jung verheiratet mit seiner Frau in die Schweiz gekommen. Beide hätten sehr hart gearbeitet und daneben zwei Kinder, zu diesem Zeitpunkt 21 und 23 Jahre alt und unverheiratet noch im Elternhaus lebend, großgezogen. Vom Ersparten hätten sie ein Mehrfamilienhaus in der Türkei gekauft, die Mieteinnahmen sollten ihnen als Altersvorsorge dienen. Dieses Haus sei bei einem schweren Erdbeben drei Jahre zuvor völlig zerstört worden. Versichert sei es nicht gewesen. – Zunächst sei er über den

Verlust nur traurig gewesen; erst nach etwa zwei Jahren sei er in große Panik geraten beim Gedanken an die Zukunft. Über Nacht seien seine Haare weiß geworden und großflächig ausgefallen.

Auf der Station gelang es durch unermüdlichen Einsatz von Bewegungs- und Atemtherapeutin sowie pflegerischer Bezugsperson, ein behutsames Trainingsprogramm mit Herrn Y. durchzuführen. Seine Ausdauer wuchs von Tag zu Tag. Bald fühlte er sich – bei einem tatsächlichen Alter von 48 – nicht mehr »wie 80 Jahre alt«, sondern bereits »wie 60«. Da kam er plötzlich mit dem Wunsch, aus der Klinik auszutreten; seine Frau brauche ihn, er müsse sie täglich zur Massage fahren.

Das Team, allen voran die Bezugsperson und die Pflegeleitung der Station, waren völlig dagegen, da die Behandlung auf gutem Weg sei, aber noch lange nicht abgeschlossen. In einer gemeinsamen Therapieplanung wurden mit Herrn Y. zunächst die Standpunkte ausgetauscht, dann verhandelt. Höflich, aber bestimmt verlangte Herr Y., seine Rolle als Oberhaupt der Familie wieder einnehmen zu können. Versuche der Sozialarbeiterin, ihn wenigstens noch zu Familiengesprächen mit Thema »Ablösung der Kinder« zu bewegen, scheiterten. Schlussendlich ließen wir Herrn Y. zum nächsten Wochenende gehen, nachdem ein ausführlicher Trainingsplan für die nächsten Wochen mit ihm erstellt worden war. Die Sorge der Bezugsperson schien ihm dabei die wichtigste Motivation, um auch alleine weiter zu trainieren.

Noch während der nächsten drei Monate kam er ambulant zur Bewegungs- und Atemtherapie, anschließend auf die Station zum Kaffeetrinken. Stolz zeigte er, wie sportlich er die Treppe zur Station hoch sprintete, und saß dann mit rosiger Gesichtshaut und roten Lippen in der Patientenrunde. Am Arbeitsplatz gelang ihm nach schrittweiser Erhöhung des Pensums der Wiedereinstieg.

An diesem Beispiel erlebten wir besonders deutlich, wie wichtig und diffizil ein Abwägen von fachlich begründbarer Behandlungsbedürftigkeit und autonomer Rollenerfüllung außerhalb der Klinik ist. Durch Offenlegen der allseitigen Motive und Aushandeln der therapeutischen Maßnahmen konnte hier ein Konflikt ausgeräumt werden und durch die Verhandlung sogar noch die Autonomie des Patienten gestärkt werden.

210 weitere Beispiele: Die Patientinnen und Patienten der Klinik M.

Ob und wie diese geforderten Verhandlungen mit den 210 Patientinnen und Patienten auf den 16 Stationen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen auch tatsächlich geführt werden, wird einmal jährlich mit einem Rundgang über die Stationen evaluiert. Die Therapiepläne werden von drei Mitgliedern der Klinikleitung und des Stabs angeschaut, die Patientinnen und Patienten stichprobenweise dazu befragt. Vor allem diese kurzen Interviews liefern hochinteressante Ergebnisse: Manche psychotische Patientin, mancher hoch erregte Patient nutzt die Gelegenheit und beschwert sich über Freiheitsbeschränkungen durch die Therapeuten. Im Großen und Ganzen bestätigen die Patientinnen und Patienten jedoch, dass sie die Verhandlungen als fair und hilfreich erleben. Die nicht freiwillig Hospitalisierten können recht genau angeben,

wer aus welchen Gründen vielleicht noch gegen eine Entlassung ist. Die freiwillig Hospitalisierten wissen, welche therapeutischen Maßnahmen der Erreichung welcher Therapieziele dienen und finden meist, es seien ihre Ziele. Manchmal sind die Patienten ihren Therapeuten auch voraus: So berichtete uns ein Patient, er habe in den drei Tagen seit der Verhandlung mit dem Team um die Therapieziele viel nachgedacht und sich schon viel weiterreichende Therapieziele gesetzt, er werde seine Therapeuten davon möglichst bald in Kenntnis setzen.

Fazit: Verhandeln als Kernkompetenz Professioneller zwischen Hilfe und Kontrolle

Die Verhandlungen um die Frage »in der Klinik bleiben oder gehen« müssen zwar nicht täglich geführt, aber doch ständig im Hinterkopf behalten werden. Übereinstimmend mit Maio (2005) glauben wir, »dass Autonomie sich nur im Kontext der Beziehungen des Patienten formulieren und realisieren lässt. (...) Gewährleistung von Autonomie bedeutet somit nicht zuletzt Ermöglichung von Beziehungsfähigkeit. Daher wird man dem psychisch kranken Menschen nicht nur dann gerecht, wenn man ihm lediglich Abwehrrechte einräumt, sondern wenn man ihm hilft, sich so zu entwickeln, dass er fähig wird, seinen eigenen Weg tatsächlich zu wählen und nicht gefangen zu sein in seiner Welt« (S. 162f.).

Hier ist ein Dilemma des verstörten Menschen und seiner Betreuer angesprochen: Es muss laufend zwischen Willensäußerung zur Abwehr von Zwangsbehandlung und dem – in der Krise so erscheinenden – paternalistischen Prinzip, den mutmaßlichen Willen außerhalb der Krise als Handlungsmaxime zu nehmen, entschieden werden. Darüber muss ständig verhandelt werden.

Dieses Verhandeln ist eine Kernkompetenz psychiatrischen Personals. Sie schließt, in Anlehnung an Welter-Enderlin u. Hildenbrand (2004), ein:

Das *Fallverstehen* (»Was ist hier der Fall?«) mit Hilfe von Fragen (1) zur Biografie und ihrer Entwicklung im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, (2) zu den Beziehungen der Patientin und wie diese durch die akute und womöglich chronifizierende unbehandelte Störung einerseits, durch Zwangsbehandlung andererseits beeinflusst werden.

Die *Begegnung*, die das Gesicht wahren lässt und Brücken baut, damit trotz anfänglichem Konflikt schließlich in Vorschläge eingewilligt werden kann.

Die *Rahmung* des Geschehens als Schutz vor Gefährdungen und als Zumutung von verantwortlichem Handeln gleichzeitig.

Gelingt es darüber hinaus, die psychische Krise im biografischen Zusammenhang zu sehen, könnte die psychiatrische Hospitalisation sich im Nachhinein sogar als wichtiger Schritt in der Bewältigung schwerwiegender Probleme und, mehr noch, in dem Streben nach wachsender Autonomie herausstellen. Die Futur-II-Perspektive (»Wozu wird es einmal gut gewesen sein?«) bereits am Anfang, bei der Zwangseinschleppung in Handschellen, einzunehmen, ist beinahe unmöglich; sie muss im Laufe der Behandlung und mit dem Verstehen entwickelt werden.

(Anschriften der Verfasser: Dr. Ulrike Borst, Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung, Dorfstr. 78, CH-8706 Meilen, Tel. +41-44-923 03 20, E-Mail: borst@ausbildungsinstitut.ch; Dr. Herbert Leherr, Psychiatrische Dienste Thurgau, Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen, Tel.: +41-72-672 41 41, E-Mail: herbert.leherr@stgag.ch)

Summary

Compulsory Treatment and Professional Negotiation in Psychiatric Contexts
After a critical discussion of the term »customer« in psychiatric contexts and an overview of the frequency of compulsory treatment, the article discusses how a patient's autonomy can gradually be augmented by the negotiation of therapeutic goals. This is especially important in compulsory treatment. Autonomy is seen as a critical concept subject to the rival pressures exercised by the necessity of protecting patients and society on the one hand and the right to refuse treatment on the other. Negotiation skill is defined and described as a core competence required by professionals working in psychiatric contexts.

Keywords: compulsory admission, compulsory treatment, negotiation, therapeutic goals, autonomy

BIBLIOGRAFIE

- Becker, T., L. Magliano, S. Priebe, H.-J. Salize, M. Schützwohl, T. Kallert (2004): Evidence-based mental health services research: The contribution of some recent EU-funded projects. In: W. Kirch (ed.): Public Health in Europe. 10 Years EUPHA. Berlin (Springer) S. 173–188.
- Blankenburg, W. (1985): Autonomie- und Heteronomie-Konzepte in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Praxis. In: W. Janzarik (Hg.): Psychopathologie und Praxis. Stuttgart (Enke) S. 29–46.
- Borst, U., P. Werther (1999): Schizophrenie-Patienten: Opfer, Kunden oder Mit-Täter der Behandlung? Qualitätsmanagement im Klinikalltag. Schizophrenie 14: 7–12.
- Conen, M.-L. (1999): »Unfreiwilligkeit« – ein Lösungsverhalten. Familiendynamik 24: 282–297.

- de Shazer, S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fengler, Ch., T. Fengler (1981): Alltag in der Anstalt. Rehburg-Loccum (Psychiatrie Verlag).
- Geiser, T. (1995): Die fürsorgerische Freiheitsentziehung als Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung. In: P. Gauch (Hg.): Familie und Recht. Fribourg (Universitätsverlag) S. 289–314.
- Goffman, E. (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt/Main (Suhrkamp).
- Hamann, J., et al. (2005): Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des »Shared Decision Making« für Psychiatrie und Neurologie. *Nervenarzt* 77: 1071–1078.
- Küchenhoff, B. (2007): Willensfreiheit und psychische Erkrankung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 158: 129–132.
- Maio, G. (2005): Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: W. Rössler, P. Hoff (Hg.): Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg (Springer Medizin) S. 145–164.
- Müller P. (1999): Neue PsychKGs: Liberale Absicht und reale Nachteile durch weiter eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. *Recht und Psychiatrie* 17: 107–111.
- Nagel, G. (2005): Patientenkompetenz. *Krankenhauspharmazie* 4: 128–133.
- obsan (2006): Anzahl und Anteil von Eintritten mit fürsorgerischer Freiheitsentziehung in psychiatrischen Institutionen bei Haupt-F-Diagnose. http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/8_1_6/2004/d/816.pdf
- Rollnick, S., W. R. Miller (1995): What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 23: 325–334.
- Schweitzer, J. (1995): Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik* 20: 292–313.
- Schweitzer, J., D. Engelbrecht, D. Schmitz, U. Borst, E. Nicolai (2005): Systemische Akutpsychiatrie: Ein Werkstattbericht. *Psychotherapie im Dialog* 6: 255–263.
- Spengler A. (2007): Zwangsmaßnahmen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 34, Supplement 2: 191–195.
- Steinert, T., et al. (2005): Compulsory admission and treatment in schizophrenia. A study of ethical attitudes in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 635–641.
- Weinschenk, C. (1981): Das Verantwortungsbewusstsein als Fiktion. In: L. Tent (Hg.): Erkennen – Wollen – Handeln. Beiträge zur Allgemeinen und Angewandten Psychologie. Festschrift für Heinrich Düker zum 80. Geburtstag. Göttingen (Hogrefe) S. 580–586.
- Welter-Enderlin, R., B. Hildenbrand (2004): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart (Klett-Cotta).