

Sexuelle Grenzüberschreitungen in Therapie, Pflege und Seelsorge

Liebe Anwesende, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es freut mich, dass Sie sich so zahlreich zu einem schwierigen, auch unerfreulichen, aber ausserordentlich wichtigen Thema eingefunden haben. Wir alle, in welchem beruflichen Feld wir auch arbeiten, begehen Fehler und Grenzverletzungen unseren Patienten und Klientinnen gegenüber. Das kann eine Deutung innerhalb einer analytischen Therapie, eine „ungeschickt“ formulierte Frage oder Bemerkung sein.

Im heutigen Referat geht es jedoch um mehr als diese Art von Fehlern oder Missverständnissen. Das Bewusstsein, dass sexuelle Übergriffe von Ther. häufig sind, dass sie strafbare Handlungen darstellen, dass sie grossen individuellen Schaden bei den Betroffenen und an unserem Berufsstand anrichten, ist trotz Berichten in Medien und Fachpublikationen immer noch ungenügend. Dies zeigt sich u.a. darin, dass wir noch immer nicht über griffige Konzepte im Umgang mit fehlbaren Kollegen, geschweige denn brauchbare Rehabilitations- und Präventions-Programme verfügen - im Gegensatz zu Kanada und den USA.

Es geht bei diesem sensiblen Thema um eminent wichtige und zentrale Aspekte der professionellen Arbeit mit Hilfsbedürftigen, deren Schutz vor Übergriffen, Gewaltanwendung körperlicher und psychischer Art, Grenzverletzungen jeglicher Art uns allen ein ethisch, fachlich und persönlich wichtiges Anliegen sein sollte.

Mein Referat zu den grundsätzlichen Aspekten des Themas ist folgendermassen aufgebaut:

1. Eine Fallvignette als Einstieg
2. Häufigkeit
3. Grundsätzliche Überlegungen zur Ausnutzung von professionellen Abhängigkeitsbeziehungen
4. Folgeschäden für die betroffenen Pat.
5. Persönlichkeit und Diagnosen der Täter
6. Umgang mit und Rehabilitierbarkeit von fehlbaren Kollegen

Eine letzte Vorbemerkung noch: in allen meinen Ausführungen sind wie der Titel ja sagt, Seelsorger beider Konfessionen, Pflegenden und andere professionell mit hilfsbedürftigen Menschen arbeitenden Personen wie Juristen, Lehrer, Gutachter etc. eingeschlossen, da die Grundmuster der Übergriffe überall dieselben sind. Der Einfachheit halber werde ich paradigmatisch v.a. von Therapeuten sprechen. Auch werde ich den Begriff „Täter“ verwenden, um deutlich zu machen, dass sexuelle Übergriffe strafbare Handlungen darstellen.

1. Eine Fallvignette:

Die Fallvignette stammt aus meiner eigenen Erfahrung und ist selbstverständlich anonymisiert.

1.

Eine junge Frau gerät anfangs des Studiums in eine Krise und sucht Hilfe bei einem anerkannten ärztlichen Psychotherapeuten, der ca. 25 Jahre älter ist als die Pat. Sie stammt aus einer dysfunktionalen Familie und hatte noch nie eine Beziehung zu einem Mann. Bei ihrem Ther. fühlt sie sich erstmals in ihrem Leben angenommen. Sie entwickelt rasch eine starke Abhängigkeit und beginnt, sich in den Ther. zu verlieben. Er nimmt ihre Verliebtheit einerseits geschmeichelt zur Kenntnis, andererseits gibt er ihr aber auch zu verstehen, dass sie keine ernstzunehmende Partnerin für ihn wäre. Er berichtet ihr immer wieder und häufiger von seiner offenbar sexuell unerfüllten Ehe, den Schwierigkeiten mit seinen Kindern und seinen Gefühlen von Gefangensein in konventionellen Strukturen, aber auch von seiner Gebundenheit an seine Frau. Die Pat. ist verwirrt, fühlt sich oft nicht verstanden und abgewiesen, ausser wenn sie in seinen Augen hilfreiche Kommentare zu seiner Ehe und Kindern macht. Sie macht sich – unterstützt durch sein unklares Verhalten – trotz allem Hoffnungen auf eine Beziehung. Im 2. Therapiejahr kommt es dann zu ersten sexuellen Kontakten, die vom Ther. ausgehen: Umarmungen, Küsse etc. Er meint, sie solle im geschützten therapeutischen Rahmen erste sexuelle Erfahrungen machen können. Bald kommt es auch zu genital-sexuellen Handlungen. Er schläft mit ihr, sowohl in der Praxis als auch bei ihr zuhause. Zunehmend kommt er auch einfach so bei ihr vorbei – sie hat ihm einen Wohnungsschlüssel gegeben – und verlangt, von ihr oral befriedigt zu werden. Nebenher läuft die Therapie weiter – auf Krankenkasse. Das ganze Leben der Pat. beginnt sich nun auf die Bez. zum Ther. einzurichten, alle ihre Gedanken und Handlungen kreisen um ihn. Er seinerseits organisiert zB, dass sie sich an Aertztekongressen sehen – einige Male schleust er sie im Hotel als seine Frau ein. Die Pat. bricht ihr Studium ab.

Es kommt zu einer Schwangerschaft, die die Pat. auf Druck des Ther. und gegen ihren Willen abbrechen lässt.

Die ganze Affäre dauert inzwischen über 20 Jahre. Bis heute gelang es der Pat. nicht, sich aus dieser destruktiven Abhängigkeit zu lösen.

2. Häufigkeit

Nun zu einigen Basisinformationen betr. der Häufigkeit solcher Vorkommnisse:

Folie Häufigkeit und K. Bachmann et al.

Diese beunruhigend hohen Zahlen sollten Klinikleitungen und Aufsichtskommissionen psychiatrischer Institutionen hellhörig machen.

Eigene Erfahrungen und die offensichtlichen Parallelen zwischen sexuellen Grenzüberschreitungen in Psychotherapien und Seelsorge lassen mich annehmen, dass die angegebene Häufigkeit von 10-15% auch auf Seelsorger, Lehrer etc. zutreffen. (Ob zölibatär lebende Priester häufiger zu sex. Missbrauch ten-

dieren, vermag ich nicht zu beurteilen; mir sind dazu auch keine Studien bekannt. Die öffentlich gewordenen Fälle zeigen häufig pädosexuelle Täter, die über viele Jahre eine grosse Anzahl Kinder missbrauchen.)

Über Zahlen aus somatischen Kliniken verfüge ich nicht, aber auch dort wird es in ähnlichem Umfang zu sexuellen Übergriffen kommen. Es soll nicht verschwiegen werden, dass es auch die sexuelle Belästigung von Pflegenden durch Patienten gibt: an der Uniklinik Basel gibt es ein Programm für betroffenes Pflegepersonal, nicht jedoch für betr. Patientinnen.

3. Grundsätzliches zur Ausnutzung von professionellen Abhängigkeitsbeziehungen

Sexuelle Ausbeutung/Grenzüberschreitungen durch professionell Tätige, also Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegerinnen und Pfleger, SeelsorgerInnen, Juristen, Lehrer, sind nicht nur ein ethisches Problem oder offensichtliches Fehlverhalten, sie sind darüber hinaus Kunstfehler und strafrechtlich relevante Delikte, genau gesagt Offizialdelikte, nach Art. 193 StGB: Ausnutzung der Abhängigkeit. Sie sehen hier die Formulierung dieses wichtigen Art. 193:

Folie Art. 193

Jedem sexuellen Übergriff inhärent ist jedoch auch der narzisstische Missbrauch – aber nicht jeder narzisstische Missbrauch beinhaltet auch sexuelle Übergriffe. Andere Formen des Ausnutzens der Abhängigkeit sind die finanzielle Ausbeutung, religiöse oder sonstige, zB esoterische oder politische Indoktrination. Folgerichtig ist in der Standesordnung der FMH, die ich hier stellvertretend anführe, sowohl die sexuelle als auch die materielle und emotionelle Ausnutzung des Abhängigkeitsverhältnisses untersagt.

Folie Art. 4 StO FMH

Ich beschränke mich hier auf die sexuell-narzisstischen Konstellationen. Grundsätzlich ist nicht die Sexualität als solche oder die sexuellen Handlungen an sich das Traumatische, sondern die Ausbeutung der Abhängigkeit und des Vertrauens. Die Sexualität fungiert sowohl für die Patientin als auch den Therapeuten als mächtiges Vehikel unbewusster, aber auch bewusst-manipulativer Prozesse.

Rat- und hilfeschende Menschen, Patienten im Spital, in der ärztlichen Praxis oder in der Psychotherapie sind a priori in einer unterlegenen, verletzligen und abhängigen Position. Sie sind auf die persönliche Integrität, die Uneigennützigkeit und die Kompetenz der hilfeleistenden Person angewiesen. Es besteht eine Asymmetrie in diesen Beziehungen, wobei die hilfeschende Person vertrauen muss, intime Angaben machen muss, sich ein Stück weit ausliefern muss: dies ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie/Beratung, macht aber Abhängigkeit sowohl unabdingbar als auch gefährlich. In professionellen Abhängigkeitsbeziehungen muss die hilfeschende Person zeitweise also einen Autonomieverlust hinnehmen. In Psychotherapien, in seelsorgerischen Beratungen und natürlich auch als Klinik- oder Spitalpatientin entstehen Abhängigkeitsbeziehungen, wie wir alle sie aus der Eltern-Kind-Situation kennen, von der wir geprägt sind.

Dieses Machtungleichgewicht und die Abhängigkeit erklären die besondere Schutzwürdigkeit der uns anvertrauten Patienten; umgekehrt ist das Ausnutzen dieser Machtposition zugunsten eigener zB sexueller Bedürfnisse ein Missbrauch des Vertrauens, welcher nicht nur die Patientin traumatisiert, sondern auch die Essenz unseres Berufs verrät.

Risikofaktor, ob ein Mensch in einer abhängigen Position sexuell ausgebeutet wird, ist nicht die Persönlichkeitsstruktur oder die Psychopathologie des Betroffenen, sondern diejenige des Therapeuten, Pflegers etc. So wird auch klar, dass sex. und emotionale Übergriffe nicht von einer bestimmten Therapiemethode wie Körpertherapie oder einer bestimmten ärztlichen Disziplin wie Gynäkologie abhängen. Auch spielt die persönliche sexuelle, religiöse oder politische etc. Orientierung der professionellen Person keine Rolle.

Folie Risikofaktoren für professionales Missbrauchs-Trauma (PMT)

Fehlbare Professionelle verfügen über vielfältige manipulative Strategien, die grösstenteils bewusst eingesetzt werden, um eine abhängige Person für die eigene Bedürfnisbefriedigung zu benutzen.

So sondieren solche Täter sehr geschickt die besondere emotionale Bedürftigkeit des potentiellen Opfers, untergraben sein ohnehin schwaches Selbstwertgefühl, sodass Betroffene das Geschehen gar nicht als Missbrauch wahrnehmen.

Oft wird vom Ther. die Deutung gegeben, die neurotische Unfähigkeit der Pat., Nähe auszuhalten, sei der Grund für die therapeutische Intervention des Umarmens, Küssens etc. Für einige Pat. ist der Therapeut der erste Mensch, der ihnen Interesse, Fürsorglichkeit und Wärme entgegenbringt, bei dem sie sich endlich öffnen können. Eine sich anbahnende sexuelle Beziehung wird dann von der Pat. oft als etwas Exklusives erlebt, - ich bin ihm besonders wichtig, vielleicht liebt er mich - als Ausdruck des Gesehenwerdens, des Begehrtseins. Jahrelange ungestillte Sehnsüchte nach Nähe, frühkindliche Deprivationserfahrungen fördern die Abhängigkeit. Solche Pat. erhoffen sich endlich die Erfüllung und Heilung alter Wunden durch die „Liebe“ des Ther. Vor allem männliche Ther. selbst erliegen oft der Phantasie, Liebe, was für sie gleichbedeutend ist mit der Praktizierung genitaler Sexualität, sei heilend für die Pat.

Im therapeutischen Prozess geht es aber eben nicht um die sozusagen wörtliche Erfüllung solcher Wünsche - Ziel jeder Therapie oder Beratung muss die Unterstützung bei der Entwicklung von Autonomie sein.

Folie Merkmale PMT

Die Ausnutzungssituation funktioniert so lange, wie die bedürftige Person abhängig bleibt: sie darf sich also tragischerweise nicht entwickeln, sich ablösen und ihren eigenen Weg gehen. Geschieht dies doch, kommt es oft zu sadistisch gefärbten Verhaltensweisen des Ther., indem er die Pat. entwertet, ihr mit Rache droht und die „Beziehung“ abbricht, was die Pat. dann in eine schwere Krise stürzt.

Wenn die Illusion irgendwann, sich als ebenbürtige Erwachsene in eine sex. Beziehung mit ihrem Seelsorger/Ther. eingelassen zu haben, zusammenbricht, und die betroffene Person zu merken beginnt, dass das nicht Therapie/Seelsorge war, sondern Verrat und Betrug war, kommt es regelmässig zu tiefen, z.T. lebensbedrohlichen Krisen. Besonders offensichtlich ist das auch an Sektenopfern zu beobachten.

4. Folgeschäden:

Besonders gravierend sind die Folgen für Menschen, die bereits sexuelle Traumatisierungen wie Inzest, Vergewaltigung oder pädosexuelle Übergriffe in ihrer Biografie durchmachen mussten. Sie sind jedoch nicht, wie oft angenommen, häufiger Opfer von sex. Missbrauch; in 2 Studien waren ca. 1/3 der Opfer bereits in der Kindheit sexuell missbraucht worden, was in etwa der Inzidenz solcher Übergriffe in der Normalbevölkerung entspricht.

Folie Folgeschäden PMT

Machtmissbrauch, ob mit oder ohne sexuelle Komponente, wirkt sich dann traumatisch aus, wenn diese Erlebnisse nicht mit den individuellen Ressourcen bewältigt werden können.

Sie bewirken tiefgreifende Gefühle von Ohnmacht, Scham, Schuld und Verwirrung und vor allem eine Erschütterung des Vertrauens in sich selbst, die eigene Wahrnehmungsfähigkeit und das Vertrauen in andere Menschen. Sie führen zu Misstrauen und Ambivalenz in Beziehungen und zu einer oft archaischen Enttäuschungswut. Dazu kommen nicht selten ganz handfeste auch die Gesellschaft betreffende Folgen wie Arbeitslosigkeit und Invalidität. Die Pat. aus der Fallvignette brach ihr Studium ab, konnte nie eine Familie gründen und ist heute teilweise invalidisiert.

Sie wissen vielleicht aus eigener Erfahrung, wie diese negativen Erfahrungen zu destruktiven Verhaltensweisen und therapierefraktären Symptomen in Folgetherapien führen können und diese dadurch zu besonderen Herausforderungen für uns TherapeutInnen werden.

5. Persönlichkeit und psychiatrische Diagnosen der Täter

Folie Diagnosen

Während unserer Kommissionstätigkeit¹ sind wir nie einem „gesunden, naiven“ oder „durchschnittlich neurotischen“ Kollegen begegnet, wie er in der Literatur beschrieben wird. Alle uns bekannten Täter wiesen relevante psychiatrische Diagnosen auf, im Vordergrund steht die narzisstische Persönlichkeitsstörung oder eine Persönlichkeitsstörung mit einer ausgeprägten narzisstischen Grundproblematik. Solche Menschen können unglaublich brilliant und charmant sein, verfügen über gute intellektuelle Fähigkeiten und begegnen uns nicht selten in Ausbildungs- oder leitenden Funktionen. Auch erfahrene Diagnostiker erkennen narzisstische Persönlichkeitsstörungen nicht auf Anhieb.

Menschen mit dieser PS haben manchmal eine gewisse Einsicht in ihre Problematik, häufiger aber werden ausgeklügelte Abwehr- und Verleugnungsstrategien angewendet – auch gegenüber sich selbst, um das fragile Selbstwertgefühl und das Gefühl der Einzigartigkeit aufrechtzuerhalten. Da die Störung ich-synton ist, ist die Einsicht in die eigene Störung letztlich nicht tiefgreifend genug, um sich

¹ Von 1995-1999 hatte eine von der Fachgruppe Psychiatrie und der Medizinischen Gesellschaft eingesetzte Kommission (BOK; Berufsordnungskommission) den Auftrag, freiwillige Schlichtungsverfahren zwischen Tätern und Opfern auszuhandeln. Die BOK existierte neben der Standeskommission, hatte aber im Gegensatz zu dieser keinerlei sanktionierende Kompetenz.

wirklich ändern zu können. Dies führt zu wiederholter Delinquenz; empirisch ist ja, wie erwähnt, die hohe Rate von Wiederholungstätern belegt. Das zweite zentrale Merkmal bei narz. PS ist die tiefe Spaltung der gesamten Persönlichkeit im Sinn dissoziativer Phänomene, sodass unvereinbare Widersprüche nicht gespürt oder erkannt werden können. Die folgende Folie zeigt dies genauer.

Folie narzisstische Persönlichkeitsstörungen

Noch ein Wort zum im ICD-10 und DSM-IV als Diagnosekriterium erwähnten Empathiemangel: diese Täter weisen durchaus „empathische Fähigkeiten“ auf, aber nur insofern die Empathie in einer pervertierten Form ihnen selbst nützt, indem sie Verletzlichkeit und Bedürftigkeit bei ihrem Gegenüber erspüren und dieses Wissen dann zum Schaden der betroffenen Person anwenden. Das ist das Ziel ihrer Motivation und nicht die echte Einfühlung. Änderungsbereitschaft entsteht, wenn überhaupt, nur unter äusserem Druck, z.B. angedrohten Sanktionen und nicht aufgrund echter Einsicht. Fällt der äussere Druck weg, so ist damit zu rechnen, dass sich das alte Verhalten rasch wieder etabliert.

Folie Risikovariablen

6. Umgang mit und Rehabilitierbarkeit von Tätern

Dieser Punkt muss uns besonders beschäftigen und interessieren, da neben unserem jeweiligen professionellen Auftrag unsere Hauptaufgabe der Schutz unserer vulnerablen Pat. vor jeder Form von Übergriffen sein muss. Obwohl es unterdessen in der Schweiz einige rechtskräftig verurteilte Täter gibt, wurde bisher keinem einzigen dieser verurteilten Therapeuten die Praxisbewilligung entzogen. Diese Tatsache ist angesichts der eben dargestellten Problematik der Psychopathologie der Täter und vor allem im Hinblick auf die Wiederholungsinzidenz äusserst fragwürdig. Auch Berufsverbände sanktionieren betroffene Koll. in den seltensten Fällen mit Ausschluss. Ebensowenig gibt es ein standardisiertes Vorgehen der Information zwischen Berufsverbänden und Gesundheitsbehörden. Bei uns gilt bis anhin der Schutz der Persönlichkeit, also des Täters als höheres Rechtsgut als der Schutz vor weiterem Schaden von Pat.

Bis heute verfügen zwar praktisch alle Berufsverbände über ethische Richtlinien und reglementierte Standesverfahren, jedoch nicht über Konzepte darüber, welche Täter unter welchen Bedingungen ihren Beruf weiter ausüben dürfen und wer diese Auflagen kontrollieren soll. Aufsichtsbehörden, wie z.B. Kantonsärzte und Spitalkommissionen, die ja für den Schutz der Bevölkerung zuständig sind, verhalten sich oft auffallend passiv.

In der Schweiz kennen wir, im Gegensatz zu Kanada und den USA bis heute keine standardisierten Rehabilitationsprogramme für fehlbare Kollegen. Die von der FMH vor einiger Zeit eingeführte Hotline für Ärzte, die sich gefährdet fühlen, ist zwar gutgemeint, aber als Instrument ungeeignet. Freiwilligkeit ist bei solchen Tätern in aller Regel nicht gegeben, sodass Massnahmen wie Rehabilitation nur möglich sind, wenn Übergriffe bekannt, das heisst angezeigt und geahndet werden...In der Schweiz müssen wir diesbezüglich auf einen Gesinnungswandel in der Öffentlichkeit und in den Berufsverbänden hinarbeiten.

Unter dem Druck der Haftpflichtversicherungen entwickelten einzelne Berufsverbände in den USA Rehabilitationsprogramme für Therapeuten, die zumindest für die Zeit des Programms von jeder Praxistätigkeit suspendiert sind. Hier zeige ich Ihnen die Zulassungs-, resp. Ausschlusskriterien, wie sie von Margolis, dem früheren Präsidenten der APA (American Psychiatric Association), vorgeschlagen wurden. Sie lassen sich zwanglos auch andere prof. Tätigkeiten übertragen.

Folien Zulassungs- und Ausschlusskriterien

Obwohl unsere Erfahrungen mit Tätern während unserer Kommissionstätigkeit zahlenmässig beschränkt sind, interessiert es Sie vielleicht, dass ein einziger Täter, der einen emotionalen Missbrauch verübt hatte, gemäss den Margolis-Kriterien für eine Rehabilitation in Frage gekommen wäre.

In den USA sind unterdessen Erfahrungen mit Reha-Programmen gemacht worden, die ebenfalls nicht ermutigend sind. Nur eine geringe Anzahl der zu einem solchen Programm zugelassenen Täter blieb erstens bis zum Schluss in den Programmen und konnte zweitens nachher wieder als Therapeuten arbeiten. Das heisst konkret, dass beim Grossteil der primär anscheinend geeigneten Kollegen diese Einschätzung revidiert werden musste. Weiter verlieren diejenigen Kollegen, die die Zulassungskriterien nicht erfüllen, ihre Praxisbewilligung definitiv und können aufgrund guter Vernetzung auch nicht in einem andern US-Bundesstaat wieder eine Praxis eröffnen. In der Schweiz weichen sanktionierte Koll. fast regelhaft in einen anderen Kanton aus.

In Kanada/Ontario publiziert die dortige Aertzevereinigung jeden Monat im Internet² und ihrer Monatszeitschrift die Namen der von der Standeskommission verurteilten Aerztinnen und Aerzte. Sowohl die Urteile als auch die Klagen und Protokolle können eingesehen werden. Von einer solchen Praxis sind wir hier noch weit entfernt...

Auch Supervision, die als Auflage bei Standesverfahren oder auch durch eine Aufsichtsbehörde bei uns oft als einzige Sanktion ausgesprochen wird, verfehlt ihr Ziel. Sie ist als Instrument der Kontrolle oder Prävention untauglich.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

©

Dr. med. Maya Schuppli-Delpy
Fachärztin FMH f. Psychiatrie und Psychotherapie
Marktplatz 5
4001 Basel
maya.schuppli@bluewin.ch

² http://www.cpso.on.ca/Info_Public

LITERATURLISTE (Auswahl): Machtmissbrauch und Grenzverletzungen in der Psychotherapie professionales Missbrauchstrauma

Artikel

1. Becker-Fischer, M.: Die dunkle Seite der Therapeutenpersönlichkeit. Psychodynamische Aspekte bei sexuellem Missbrauch in der Therapie. *Sexualmedizin*. 1996. Nr. 18:50-54
2. Cueni, S., Schuppli-Delpy, M.: Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen in ärztlichen Behandlungen Teil 1. Worin liegt das Versagen der fehlbaren Kollegen? *Bulletin 1/2003 SGP/SGKJPP*. April:30-33
3. Cueni, S., Schuppli-Delpy, M.: Machtmissbrauch und Grenzüberschreitungen in ärztlichen Behandlungen Teil 2. Was tun? *Bulletin 3/2003 SGP/SGKJPP*. August:24-26
4. Dierbach, H.: Wenn Therapeuten krank machen. *Stern* 51/2006: 52-64
5. Gabbard, G.: Discussion. *Psychoanal. Inq.*. 1997. 17: 371-386
6. Gabbard, G.: Post-termination sexual boundary violations. *Psychiatr Clin N Am*. 2002. 25: 593-603
7. Hirsch, M.: Zur narzisstischen Dynamik sexueller Beziehungen in der Therapie. *Forum Psychoanal.* 1993. 9: 303-317
8. Kluff, R.P.: Treating the Patient Who Has Been Sexually Exploited by a Previous Therapist. *Psychiatric Clinics of North America*. June 1989. Vol. 12: No. 2: 483-500
9. Kranich, C.: Rechtliche Aspekte zum Therapiemissbrauch. *Plädoyer*. 1992. 6:36-40
10. Lukesch, B.: Der Fall des umstrittenen Sexualtherapeuten Andreas Blaser wirft Licht auf den Berner Filz- und Anti-Filz. *Zürcher Tagesanzeiger Das Magazin*. 27.07.1996
11. Margolis, M.: Analyst-Patient Sexual Involvement: Clinical Experiences and Institutional Responses. *Psychoanal. Inq.*. 1997. 17:349-370
12. Moggi, F.: Forschungsergebnisse zu sexuellem Missbrauch in therapeutischen Beziehungen. *Psychoanalyse im Widerspruch*. 1995. 37-48
13. Norris, D.M., Gutheil T.G., Strasburger, L.H.: This Couldn't Happen to Me: Boundary Problems and Sexual Misconduct in the Psychotherapy Relationship. *Psychiatric Services*. April 2003. Vol 54: No. 4: 517-522
14. Pfäfflin F., Kächele H.: Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen* 2000. 4: 88-94
15. Pope, K.S., Vetter, V.: Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*. 1991. 28: 429-438
16. Schuppli-Delpy, M.: Erfahrungen mit standesrechtlichen Verfahren bei sexuellen Übergriffen in ärztlichen Psychotherapien, aus: *Reader zum 1. Schweizerischen Kongress gegen Gewalt und Machtmissbrauch*. September 2000: Ausnützung von Abhängigkeitsverhältnissen. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft gegen die Ausnützung von Abhängigkeitsverhältnissen. 2000. 33-50
17. Shopland, S.N.: Sex with Ex-Clients: Theoretical Rationales for prohibition. *Ethics & Behavior*. 1991. 1 (1): 35-44
18. Smith, S.: The sexually abused patient and the abusing therapist: a study in sadomasochistic relationships. *Psychoanalytic Psychology*. 1984. 2: 89-98
19. Wohlberg, J.W.: Sexual Abuse in the Therapeutic Setting: What Do Victims Really Want? *Psychoanal. Inq.*. 1997. 17:329-348

Bücher

20. Anonyma: Verführung auf der Couch. Freiburg. 1988
21. Augerolles, J.: Mein Analytiker und ich. Tagebuch einer verhängnisvollen Beziehung. Fischer. 1991
22. Bachmann K.M., Böker W. (Hrsg): Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Huber Verlag. 1994
23. Becker-Fischer, M.: Was hilft, das Trauma zu verarbeiten ? – Besonderheiten der Folge-therapien – aus: Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phänomene - Strukturen – Hintergründe. dgvt Verlag Tübingen. 1995
24. Becker-Fischer, M., Fischer G.: Sexueller Missbrauch in Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten. Asanger Verlag Heidelberg. 1996
25. Becker-Fischer, M. et al.: Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Kohlhammer Verlag. 1997
26. Carotenuto, A.: Tagebuch einer heimlichen Symmetrie. Sabina Spielrein zwischen Jung und Freud. Kore Verlag. 1986
27. Dreyfus, R., Haug, H.: Zum narzisstischen Missbrauch in der Therapie. In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.): Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform Verlag, Oldenburg. 1992. 90–108
28. Drigalski, D. von: Blumen auf Granit. Frankfurt Ullstein. 1980
29. Hedges L.E., Hilton R., Hilton V.W., et al: Therapists at Risk. Northvale, NJ, Aronson. 1997
30. Heyne, C.: Tatort Couch. Sexueller Missbrauch in der Therapie – Ursachen, Fakten, Folgen und Möglichkeiten der Verarbeitung. Kreuz Verlag. 1991
31. Kaiser, H.: Grenzverletzung. Macht und Missbrauch in meiner psychoanalytischen Ausbildung. Walter. 1996
32. Gabbard, G.O; Lester, E.P.: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. American Psychiatric Publishing, Inc. 2005
33. Löwer-Hirsch, M.: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Zwölf Fallgeschichten: elf Frauen und ein Therapeut. Vandenhoeck & Ruprecht. 1998
34. Peterson, R.M.: At Personal Risk. Boundary Violations in Professional-Client Relationships. W.W.Norton&Company. 1992
35. Schmidt-Lellek, Ch. J.: Narzisstischer Machtmissbrauch in der Psychotherapie, aus: Schmidt-Lellek, Ch. J., Heimannsberg, B. (Hrsg.): Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Edition Humanistische Psychologie. 1995
36. Schoener, G.R. et al (Ed): Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and Prevention. Minneapolis: Walk-In Counseling Center. 1989
37. Pope K., Bouhoutsos J.: Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hoffman und Campe. 1992
38. Rutter, P.: Verbotene Nähe. Wie Männer mit Macht das Vertrauen von Frauen missbrauchen. Econ. 1991
39. Sachse, R.: Histrionische und Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe. 2002
40. Tschan, W.: Missbrauchtes Vertrauen. Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen: Eine transdisziplinäre Darstellung. Karger. 2001
41. Yalom I.D.: Die rote Couch: Roman. Goldmann. 1998
42. Zafar, H.: „Du kannst nicht fließen, wenn dein Geld nicht fließt“ Macht und Missbrauch in der Psychotherapie. Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2000

„ Lassen Sie uns immer daran denken: was Opfer am meisten schmerzt, ist nicht die Grausamkeit des Unterdrückers, sondern das Schweigen der Zuschauer.“

Elie Wiesel

„ Jede jeder beschliesst dass keine keiner etwas erfährt obwohl jede jeder es weiss“

Gertrude Stein: Keine keiner, 1948

“Tout pouvoir sans contrepoids, sans entraves, autocratique, mène à l’abus, à la folie. L’arbitraire, c’est la démente du pouvoir.”

(Jede Macht, die ohne Gegengewicht, ohne Fesseln, autokratisch ist, führt zu Missbrauch, zu Verrücktheit. Willkür ist der Wahnsinn der Macht.)

Honoré de Balzac, Cousine Bette (1846)

HÄUFIGKEIT

1. Befragungen von PsychotherapeutInnen und Ärztinnen/Ärzten

1973 Kardener et al.: 1000 am. Psychiater: 46% Rücklauf: 12,8%
1977 Holroyd u. Brodsky: 1000 am. PsychologInnen: 70% Rücklauf: 12,1% Männer
2,6% Frauen
1986 Gartrell et al. 9% Männer
3% Frauen

Schätzungen amerikanischer Haftpflichtversicherungen: 20% der Therapeuten haben mindestens einmal in ihrer Laufbahn sexuelle Kontakte zu Pat.

2. Eigene Erfahrungen

1998 BOK/Anlaufstelle: 15% der freipraktizierenden männlichen Psychiater in Baselstadt wurden als Täter genannt, 80% mehrfach

3. Befragungen von FolgetherapeutInnen

1987 Aghassy u. Note (NL): jede zweite Ther. kennt Pat., die in einer früheren Therapie sex. Kontakte zu ihrem Ther. hatte
1986 Gartrell et al.: 67% der befragten Psych. behandelten solche Pat.
1995 Fischer et al.: vorsichtige Schätzung: 33% behandeln solche Pat

4. Befragungen von Patientinnen

1990 Ertel 2619 Psychother.Pat. zwischen 18 und 45 J.: 8,3% gaben sex. Missbrauch in ihrer Psychother. an
1979 Pope et al.
Befragung v. grad. PsychologInnen: 16,5 der Frauen und 3% der Männer gaben sex. Kontakte zu AusbilderInnen an
13% gaben als AusbilderIn sex. Kontakte zu Auszubildenden an

5. Minimalschätzung Vorkommen und Kosten

Fischer et al. Schätzen minimal eine Zahl von 600 Pat./Jahr in der BRD, die insgesamt 20 Mio DM an Kosten verursachen

6. Wiederholungs-Inzidenz

70 bis 80% der missbrauchenden TherapeutInnen sind Wiederholungstäter

HÄUFIGKEIT SEXUELLER KONTAKTE VON PFLEGEPERSONAL MIT PATIENTINNEN/PATIENTEN

Untersuchung mittels Fragebogen von K. Bachmann et al. 1993
an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern und an der
Psychiatrischen Klinik Münsingen

- Pfleger 16,8 % (N = 107)
- Krankenschwestern 10,5% (N = 172)

ARTIKEL 193 STGB: AUSNÜTZUNG DER NOTLAGE

Wer eine Person veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, indem er eine Notlage oder eine durch ein Arbeitsverhältnis oder in anderer Weise begründete Abhängigkeit ausnützt, wird mit Gefängnis bestraft.

Kommentar (Philipp Maier):

- Art. 193 schützt die sexuelle Selbstbestimmung. Eine bestehende Abhängigkeit des Opfers vom Täter bzw. Eine Notlage besneidet die sexuelle Entscheidungsfreiheit und liefert das Opfer der Ausbeutung aus
- Juristische Definition der Abhängigkeit: sie besteht dann, wenn eine Person (Opfer) aufgrund eines vorgegebenen strukturellen und/oder persönlichen Merkmals nicht ungebunden, bzw. frei ist und auf eine andere Person (Täter) angewiesen ist. Das Merkmal muss sich in einer persönlichen Beziehung zwischen Täter u. Opfer manifestieren, wobei es sich um ein klassisches Machtgefälle oder ein besonderes Vertrauensverhältnis handeln kann.
Beispiele: Sektenführer und ihre Anhänger, leitender Bankangestellter und überschuldeter Kunde, Amtsträger und Gesuchsteller...
- Das Bundesgericht bejaht das Vorliegen einer Abhängigkeit in einer klassischen Psychotherapie: es entwickle sich eine „**ausserordentlich intime Situation**“, die zu einer „**hohen Verletzlichkeit des Pat.**“ führe. Bei Psychotherapeut-Patienten-Verhältnissen handle es sich „**durchwegs um starke Bindungen, bei denen ein erhebliches Machtgefälle und ein ausgeprägtes Abhängigkeitsverhältnis charakteristisch**“ sei.

STANDESORDNUNG FMH (1.1.1997)

Art. 4: Behandlungsgrundsätze

Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten zu erfolgen.

Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell noch materiell ausgenützt werden.

RISIKOFAKTOREN FÜR PMT (PROFESSIONALES MISSBRAUCHS-TRAUMA)

- Keine Typologie auf Seiten der Patientinnen
- Folgen für Pat. mit sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte schwerer und nachhaltiger
- Ca. 1/3 der Pat. haben sex. Ausbeutung in der Anamnese. Dies entspricht der Inzidenz in der Normalbevölkerung
- Zuverlässigster Prädiktor:
der Therapeut/Seelsorger/Lehrer/Pfleger...ist bereits in früheren professionellen Beziehungen sexuelle Kontakte eingegangen. (Bates u. Brodsky, 1990)
- Risikofaktor ist die Persönlichkeit/Psychopathologie der professionellen Person
- Sexuelle Kontakte von Dozenten/Ausbildnern mit Studentinnen/Supervisanden... haben Multiplikator-Effekt.

MERKMALE SEXUELLER UEBERGRIFFE IN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNGEN

- Voraussetzung auf Seiten des Klienten/ der Patientin: Hilfsbedürftigkeit und Angewiesensein
- Ausnutzung der in jeder professionellen Beziehung bestehenden Abhängigkeit, der Machtposition
- Der Professionelle ist immer der aktiv-manipulierende Teil, auch wenn sich die Patientin/Klientin provokativ verhält oder sich in den den Helfer verliebt
- Verliebtsein wird oft aktiv gefördert
- Sexuelle Handlungen finden oft in der Praxis des Arztes statt und werden via Krankenkassen abgerechnet
- Der Arzt bricht die laufende Behandlung ab, um den Weg zu einer sexuellen Beziehung freizumachen, die dann als „Begegnung zwischen zwei Erwachsenen“ umdefiniert wird.
- Oft vorausgehendes „Grooming“ des Helfers:
 - frühes Angebot des Ther., sich zu duzen
 - Komplimente über Aussehen und Kleidung
 - scheinbar zufällige Berührungen
 - aktives Nachfragen zu sexuellen Gedanken den Ther. betreffend
 - Aeussern eigener sexueller Phantasien die Pat. betreffend
- Sexuelle Handlungen mit/an der Pat.: streicheln, küssen, petting, GV während der Behandlung oder ausserhalb der Praxis
- Der Professionelle trägt immer die volle Verantwortung für das Geschehen
- Die Abhängigkeit der Pat. besteht auch dann weiter, wenn die Behandlung/Beratung beendet wurde oder wenn die sexuellen Handlungen ausserhalb der beruflich genutzten Räume stattfinden.

FOLGESCHAEDEN NACH PMT (PROFESSIONALES MISSBRAUCHS-TRAUMA; Begriff von G.Fischer)

- **Schuld- und Schamgefühle**
- **Depressionen/Selbstentwertungen**
- **Manifeste oder latente Suizidalität, oft in Form selbstdestruktiver Handlungen**
- **Wutgefühle, oft unkontrolliert und ziellos**
- **Misstrauen, Furcht und Aengste**
- **Ambivalenz in Beziehungen**
- **Tiefe Verwirrung**
- **Symptome, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen wie:
Alpträume, flashbacks, soziale Isolierung, erhöhter Drogen- und Alkoholkonsum, Konzentrationsstörungen**
- **Nicht selten: Arbeitsunfähigkeit bis Invalidität**

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN VON TÄTERN (n. Schoener und Gonsiorek, 1989)

1. Uninformierte Naive

- paraprofessionelle Ther. oder Ther. mit ungenügender Ausbildung
- fehlende persönliche Reife für den ther. Beruf

2. Gesunde oder durchschnittlich Neurotische

- sex. Kontakt ist einmaliges Ereignis; situative Elemente auslösend
- Einsicht, dass unethische Handlung; stehen dazu
- Bereitschaft zu Supervision oder eigener Therapie
- Günstige Prognose betr. Rehabilitation

3. Schwer Neurotische und/oder sozial Isolierte

- länger bestehende persönliche Probleme; spez. Depression, Isolation
- ther. Arbeit ist Lebensinhalt, die alle persönlichen Bedürfnisse abdeckt
- Schuldgefühle vorhanden, führen aber nicht zu Veränderungen
- Begrenzt rehabilitierbar

4. Impulsive Charakterstörungen

- lange bestehende Probleme mit Triebkontrolle
- meist bereits sex. Belästigung von Mitarbeiterinnen/Auszubildenden
- manchmal schwerwiegende Sexualdelikte in der Vorgeschichte
- sehr viele sex. Kontakte zu Pat. neben- oder nacheinander
- „Einsicht“/„Reue“ nur bei drohenden Konsequenzen
- nicht rehabilitierbar

5. Narzisstische Persönlichkeitsstörungen

- Experten im Verführen und Manipulieren
- Können bei Konfrontation Betroffenheit vortäuschen
- Kollegen, ethische Gremien fallen Manipulationen zum Opfer
- Nicht oder selten rehabilitierbar

6. Borderline Persönlichkeitsstörungen / Psychosen

- fehlende soziale Urteilsfähigkeit und gestörter Realitätsbezug
- bizarr wirkende Rationalisierungen ihres Verhaltens
- Psycho-Sekten
- Dissoziative und paranoide Züge
- Nicht rehabilitierbar

NARZISSTISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Narzisstische PS ist gekennzeichnet durch tiefe Spaltungen: 6 Funktionsbereiche mit je einem offenen und einem verdeckten Anteil beschreiben die Störung:

1. Selbstkonzept:

offen: überhöhte Selbstachtung; Grandiosität; Phantasien betr. Brillanz,

Reichtum, Attraktivität; Ansprüchlichkeit
verdeckt: Hypersensibilität; Gefühle d. Unterlegenheit, Wertlosigkeit, Zerbrechlichkeit

2. Interpersonelle Beziehungen:

offen: Beziehungen ohne Tiefe; Verachtung und Entwertung anderer; „splendid isolation“

verdeckt: chron. Idealisierung anderer; Neid; Hunger nach Beifall

3. Soziale Anpassung:

offen: soziale Erfolge; Sublimierung im Dienst des Exhibitionismus; intensiver Ehrgeiz

verdeckt: chron. Langeweile; Unzufriedenheit mit berufl. und sozialer Identität

4. Ethik, Standards und Ideale:

offen: Begeisterung zu Fragen d. Moral, gesellschaftspolitischen und ästhetischen Belangen

verdeckt: Fehlen jeglicher echten Verpflichtung; korrumpierbar

5. Liebe und Sexualität:

offen: Promiskuität; Verführbarkeit; Fehlen sexueller Hemmungen; häufiges Verliebtsein

verdeckt: Unfähigkeit zu lieben; Neigung, geliebte Person als Selbstergänzung zu sehen; perverse Phantasien; manchmal sexuelle Devianz

6. Kognitiver Stil:

offen: egozentrische Realitätswahrnehmung; rhetorisch und argumentatorisch geschickt; oft: Rolle des „advocatus diaboli“

verdeckt: unaufmerksam betr. objektive Aspekte von Ereignissen, was zu „Gedächtnislücken“ führt; starke Tendenz, Realität umzuinterpretieren, wenn der Selbstwert bedroht ist

(nach Akhtar u. Thomson 1982)

RISIKOVARIABLE

1. Ausbildungshintergrund:

- Männlicher Therapeut mit guter Ausbildung in anerkannter Therapierichtung; mit Selbsterfahrung
- Langjährige Berufserfahrung
- höhere Stellung in Berufsverband, Fachgesellschaft etc.; leitende Funktion; manchmal international anerkannte Kapazität
- nicht selten Lehrtherapeuten / Dozenten/ Supervisoren
- Täter finden sich in allen Therapierichtungen
- 65% der Täter in eigener Praxis tätig; 35% in Kliniken oder anderen Institutionen

2. Lebensumstände:

- Häufig zum Zeitpunkt des Übergriffs: Stress wie Trennungssituation, Scheidung, Verlust oder Erkrankung eines nahen Menschen, Desillusionierung puncto Ehe / Beruf
- 90% der befragten Therapeuten gaben grosse emotionale Bedürftigkeit und Verletzbarkeit am Beginn des Übergriffs an, besonders bei „slippery slope“ (Gabbard)
- Oft bereits jahrelange berufliche Isolation, bes. bei Alleinpraktizierenden ohne regelmässigen Austausch mit Koll.

3. Persönlichkeitsfaktoren:

- Gravierende Persönlichkeitsstörungen; im Vordergrund: narzisstische PS, Borderline-PS und antisoziale PS; können alle mit sexueller Devianz, Sadismus und chron. ausbeuterischem Verhalten einhergehen
- Ausgeprägtes Machtbedürfnis und Empathie-Mangel; ähnlich wie bei Inzestvätern und and. Sexualstraftätern
- Wiederholungs-Täter gehören in die Gruppe der schweren PS
- Ca. 10% der männlichen Ther.: sexueller Missbrauch in der Anamnese; Übergriffe im professionellen Feld als Umkehr der ehemaligen Opferrolle

ZULASSUNGSKRITERIEN ZU REHABILITATIONS-PROGRAMM (nach M. Margolis, 1997)

- Kurze Dauer des sexuellen Kontaktes
- Täter suchte von sich aus Hilfe, womöglich schon nach den ersten Intimitäten
- Besondere persönliche Anfälligkeit des Täters (zB Verlust) für intensive Übertragung seitens der Pat.
- Reue des Täters ohne äusseren Druck, Wunsch nach Entschuldigung und Schadensmilderung
- Betroffenheit des Täters über den angerichteten Schaden
- Überweisung der geschädigten Pat. an eine andere Kollegin/Kollegen
- Einsicht, dass der ganze Berufsstand geschädigt wurde

AUSSCHLUSSKRITERIEN (n. M. Margolis, 1997)

- Mehrere sexuelle Übergriffe wurden bekannt
- Die sexuellen Übergriffe dauerten über Monate bis Jahre
- Übergriff wurde erst durch Anzeige der Pat. bekannt
- Täter schiebt Verantwortung der Pat. zu
- Täter besteht darauf, dass die Pat. eine zustimmende Erwachsene gewesen sei
- Täter empfindet keine Reue
- Täter anerkennt weder Schmerz noch Verwirrung noch versteht er die Schuldgefühle der Pat.: er anerkennt nicht, dass er geschädigt hat
- Täter sah keinen Anlass, die Pat. für eine weitere Behandlung zu jemanden anderen zu überweisen