

# **Machtmissbrauch und sexuelle Übergriffe in der helfenden Beziehung**

Dr. Hardy Gutknecht

(Psychologischer Psychotherapeut, Therapeutischer Leiter der Abteilung für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinik Twistringen, Supervisor DGsv)



## Gliederung

- Häufigkeit von Übergriffen
- Problem: Tabuisierung
- Merkmale der helfenden/therapeutischen Beziehung
- Gesetze und Regeln
- Typisches Vorgehen der Täter und Täterinnen
- Folgen für die Opfer und Erklärungen der Täter
- Umgang mit den Opfern
- Vorbeugung: Risikofaktoren bei Opfern, Tätern und Arbeitsplätzen
- Vorbeugung: Maßnahmen

# Minimalschätzung zu Vorkommen und Kosten

(Befragungen von Patienten und Therapeuten, Erfahrungen der KK, Schlichtungsstellen ...)

Fischer et al. schätzen in den 90iger Jahren für die Psychotherapie:

- minimal 600 Psychotherapiepatienten pro Jahr in der BRD
- davon ungefähr 300 Fälle im Rahmen kassenfinanzierter Psychotherapie
- Deutlich mehr Frauen als Opfer betroffen (90%)
- Täter sind ganz überwiegend männliche Therapeuten
- Bei ca. der Hälfte der Opfer sexueller Missbrauch schon in der Vorgeschichte
- hohe Dunkelziffer bei männlichen Opfern (z.B. Eichenberg 2009 findet bei 30% der Fälle Frauen als Täterinnen)

## Wiederholungs-Inzidenz

70 bis 80% der missbrauchenden Therapeuten sind Wiederholungstäter, von denen jeweils die Initiative ausgeht (nach Schuppli-Delpy)

## Weitere Häufigkeiten sexueller Kontakte

### **Pflegekräfte:**

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

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

**Physiotherapeuten:** (1997 Neuseeland): 7,5%

**Seelsorger:** (2002 lutheranische Kirche England): 37%

# Warum kommt es oft zur Tabuisierung?

Sozialkognitive Abwehrstrategien und Schemata

Ausgangspunkt:

**Erschütterung des persönlichen Sicherheitsempfindens**

Abwehr über

**a) Bagatellisierung** (Schuldzuweisung an das Opfer: „Zu so etwas gehören immer zwei“)

**b) Überdramatisierung** (Empörung, ungeheuerliches Verbrechen, härteste Strafe, Vorwurf impliziert kaum noch tragbare Verantwortung)

**Resultat: „Sicherheitgebende“ Untätigkeit**

Insbesondere bei **Folgetherapeuten**:

Abstinenz/Schweigepflicht verbietet oft eigene Schritte gegen therapeutischen Vorgänger, Ersttherapeut oft persönlich bekannt, Fehlen von verbindlichen Richtlinien für das Vorgehen

**Resultat: Bagatellisierung, Untätigkeit**

# Merkmale der therapeutischen Beziehung

- Expertenstatus des Therapeuten impliziert Machtgefälle
- Häufig große Bedürftigkeit der Patienten
- Überidealisierung der Therapeuten (Heiler)
- Patient wird zur Selbstöffnung ermutigt
- Oft hohe Übertragungsbereitschaft der Patienten
- Krisenbedingte Einschränkung der Ich-Funktionen des Patienten
- Förderung der Übertragungsbereitschaft durch Zurückhaltung und Interventionsstil des Therapeuten
- Asymmetrische Interaktion impliziert immer ein Machtgefälle (à la Mutter/Kind)
- ...

# Abstinenz

Der Therapeut muss sich davon enthalten (von lat. „abstinere“ = sich enthalten), eigene Bedürfnisse, Wünsche, Interessen in den Prozess einzubringen (z.B. Abstinenz von Gegen- und Eigenübertragungsreaktionen; vgl. auch Cremerius, 1984) 129

d.h.: Fühlen und Denken okay, aber keine Umsetzung in Handlungen.

## Die helfende Beziehung als Versuchungssituation

Möglichkeiten u.a.:

- Sexueller Missbrauch
- Narzisstischer Missbrauch (Patient stabilisiert das Selbstwertgefühl des Helfers, oft Vorläufer des sexuellen Missbrauchs)
- Finanzieller Missbrauch
- Jegliche Art der Bedürfnisbefriedigung des Helfers



## **§ 174c StGB: Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses**

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Mißbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Mißbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen läßt.
- (3) Der Versuch ist strafbar

# Gesetze, Standesordnungen 3

## Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

### § 6 Abstinenzpflicht

- (1) Psychotherapeuten haben die Pflicht, ihre Beziehungen zu Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patienten zu berücksichtigen.
- (2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung von Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen.
- (3) Die Tätigkeit von Psychotherapeuten wird ausschließlich durch das vereinbarte Honorar abgegolten. Die Annahme von entgeltlichen oder unentgeltlichen Dienstleistungen im Sinne einer Vorteilnahme ist unzulässig. Psychotherapeuten dürfen nicht direkt oder indirekt Nutznießer von Geschenken, Zuwendungen, Erbschaften oder Vermächtnissen werden, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

# Gesetze, Standesordnungen 4

## Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

### § 6 Abstinenzpflicht

- (4) Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.
- (5) Jeglicher sexuelle Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig.
- (6) Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einem Patienten nahe stehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.
- (7) Die Pflicht zur verantwortungsvollen Beziehungsgestaltung zu Patienten gilt auch nach Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung.

# Typische Grenzüberschreitungen im Vorfeld von sexuellen Übergriffen 1

- Überschreiten der Rahmenbedingungen
- Aspekte der privaten Situation des Therapeuten fließen in Therapie ein
- Vertrauliche Anspielungen
- Vorausgehend oft „Grooming“ des Helfers:
  - Angebot des Therapeuten, sich zu duzen
  - Komplimente über Aussehen und Kleidung
  - Scheinbar zufällige Berührungen
  - Aktives Nachfragen zu sexuellen Gedanken den Therapeuten betreffend
  - Äußern eigener sexueller Phantasien die Patienten betreffend

Grooming = jemanden heranziehen, zurechtmachen, präparieren

# Typische Grenzüberschreitungen im Vorfeld von sexuellen Übergriffen 2

- Immer mehr Qualität einer persönlichen Beziehung (Du, Verabredungen außerhalb)
- Verhindern von Unabhängigkeit in Bezug auf Anerkennung und Liebe seitens der Umwelt (z.B. Infragestellung der sozialen Kontakte)
- Etablierung einer Einstellung beim Patienten im Sinne „Ich bin für ihn etwas besonderes und er braucht Hilfe“
- Warnende Gefühle und Gedanken werden vom Patienten missachtet „Therapeut muss doch wissen, was er macht“
- Behauptung ohne Berührung, Massage u.ä. intimer Zonen bzw. sexueller Kontakte kein Therapiefortschritt
- Therapie beenden und freundschaftliche, private Beziehung eingehen

# Psychodynamik der missbrauchenden Beziehung und Traumaverlauf

- Beziehungsentwicklung – Wer ergreift die Initiative? ~ 80% Therapeut
- Oft kindlicher Wunsch nach Halt, körperlicher Nähe und Zärtlichkeit, der „erotisch“ missverstanden und beantwortet wird
- Grenzüberschreitung, Rollentausch, Sexualisierungen
- Helfersyndrom und Narzissmus
- Reaktivierung von Traumata des Therapeuten
- „golden phantasy“: Versorgung und Geborgenheit („prätraumatischer Zustand“)
- Gemeinsame Traumaabwehr und Retraumatisierung
- Scripts von Wunscherfüllungstypus und Rachetypus (meist Wiederholungstäter)
- Hass und Kränkungswut der Wiederholungstäter

# Folgeschäden 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 Ängste
- Ambivalenz in Beziehungen
- Tiefe Verwirrung
- Symptome, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen  
wie: Albträume, flashbacks, soziale Isolierung, erhöhter Drogen-  
und Alkoholkonsum, Konzentrationsstörungen
- Nicht selten: Arbeitsunfähigkeit bis Invalidität

Allgemein in helfender Beziehung: Eingeschränkte Autonomieentwicklung

Modifiziert aus: Schuppli-Delpy, M.: Sexuelle Grenzüberschreitungen in Therapie, Pflege und Seelsorge. Riedener Seminar 23.10.2007. Unter: [www.seminare-ps.net](http://www.seminare-ps.net), S.73f

# „Erklärungen der Therapeuten“

24,5% Missbrauch als therapeutische Maßnahme

22,4% Schuld der Patienten

„Opfer finden immer ihre Täter“, Wiederholungszwang, Traumatophilie, addiction to the trauma (Traumasucht) ...

Das Mitschuldargument verstärkt darüber hinaus noch die bei Opfern ohnehin vorhandene Tendenz, sich selbst für den Vorfall anzuklagen oder zumindest dafür, ihn nicht verhindert zu haben.

18,5% Schicksal

Weiter „Erklärungen“: Leugnung des Vorfalls, authentische Gefühle

**Es wird die Tatsache verschleiert, ... dass für die Gestaltung und Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Situation der Behandler die alleinige Verantwortung trägt.**

30f



# Was hilft bei Pmt?

## Selbsthilfeinitiativen und soziale Netzwerke

### „Processing-Session“ (114)

Konfrontation mit dem Tätertherapeuten und Vermittlungsversuche  
(Möglichkeit aktiv ansprechen; nur wenn Entscheidung dafür eindeutig vom Pat.  
ausgeht; Stabilität für Konfrontation ist gegeben; keine unrealistischen Hoffnungen)

**Mediation** (Einigung über Schadenswiedergutmachung oder freiwillige Rehabilitation)

**Parteiliche Abstinenz** (verständnisvolle Haltung; klare Haltung zum Vorfall  
Missbrauch, keine Mitschuld geben; Glauben schenken; klare Grenzen,  
vom Therapeuten respektierte Grenzen; Missverständnisse sind klärbar; Sicherheit,  
dass kein sex. Kontakt vorkommt; Verständnis des Therapeuten auch für positive  
Gefühle gegenüber dem Ersttherapeuten, Anerkennung der Bindung an  
Ersttherapeuten); Solidarität. (104f)

## Einleitung rechtlicher Schritte

# Bei Einleitung rechtlicher Schritte ist zu beachten 1:

- Täterfreundlich: nur bei formeller Dauer des Therapieverhältnisses
- Strafrecht = Zeugenstatus
- Verjährungsfrist = 5 Jahre von Beendigung der Tat an
- Bei Auftreten von PTBS = zusätzlich Körperverletzung mit Verjährungsfrist von Krankheitsbeginn an
- Schadensersatz und/oder Schmerzensgeld kann im Strafprozess (ohne Zivilprozess) geltend gemacht werden (Adhäsionsverfahren)
- Bei Vergleich keine rechtliche Dokumentation der Verantwortung des Therapeuten

# Bei Einleitung rechtlicher Schritte ist zu beachten 2:

- Beschwerde bei Krankenkasse (Betrug, Klagegeneigntheit der Kasse)
- Beschwerde bei Ärzte- bzw. Psychotherapeutenkammer, Gesundheitsamt, Geschäftsleitung, Berufsverband
- Gedächtnisprotokolle, körperliche Besonderheiten des Therapeuten ...Beweise!!
- Anonyme Anzeige durch Person des Vertrauens oder Folgetherapeut, wenn Pat. sich Procedere noch nicht zutraut
- Überschätzung der Macht des Ersttherapeuten durch unaufgearbeitete Übertragungsbeziehung

# Besonderheiten der Folgetherapien

Wut und Empörung (u.a. Leiden an der Verschwiegenheitspflicht, Entlastung durch z.B. Engagement bezüglich des Themas)

Mitgefühl und Bedauern mit dem Ersttherapeuten

Bedürfnis nach dissonanzfreier Informationslage wegen bizarrer Ereignisse

Angst vor den Tätertherapeuten (u.a. Verleumdungsklagen, Schadensersatzforderungen)

Die Lebensgeschichte der Folgetherapeuten als Problem

Männlicher Folgetherapeut ein Problem?

(Vertrauen der Patientinnen zu Männern; Schädigungen durch Männer müssen bei Therapeuten heftiger abgewehrt werden; Einfühlung in das Opfer löst bei Folgetherapeuten größere Ängste aus; eigene Opfererfahrungen führen eher zu Täteridentifizierung oder gar Täterschaft; Dunkelziffer erhöht durch Illusion des „aktiven Verführers“ ) 116/130

# Typische Übertragungskonstellationen bei Folgetherapien

- Provokation von Grenzüberschreitungen (Wiederholungszwang)
- Rettungsfantasien verleiten zu Abweichungen bei der Abstinenz
- Bei Fortbestehen einer idealisierten Beziehung an den Ersttherapeuten  
Entwertungstendenz des Folgetherapeuten durch Patienten
- Abgespaltene Wut schwer auszuhalten, Abwehr mit Hilfe von z.B.  
Rettungs- und Größenfantasien
- Auch für den Folgetherapeuten etwas Besonderes sein (Reinszenierung)
- Angst vor Verliebtheitsgefühlen und sexuellen Wünschen (beidseitig), ggf.  
Schuld- und Schamgefühle und Gefahr, dass weibliches Begehren nicht  
positiv besetzt werden kann
- Wenn Ersttherapeut persönlich bekannt, möglicherweise große innere  
Spannung des Folgetherapeuten

## **RISIKOFAKTOREN FÜR PMT (PROFESSIONALES MISSBRAUCHSTRAUMA)**

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

# Tätertypen 1 (nach Schoener & Gonsiorek 1989)

## 1. Uninformierte Naive

paraprofessionelle Therapeuten mit ungenügender Ausbildung und fehlender persönlicher Reife für den therapeutischen Beruf.

## 2. Gesunde oder durchschnittlich Neurotische

sexueller 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; Depressionen, Selbstwertprobleme; Isolation; ther. Arbeit ist Lebensinhalt, welche alle persönlichen Bedürfnisse abdeckt; Schuldgefühle vorhanden, führen aber nicht zu Veränderungen. Begrenzt rehabilitierbar

## **Tätertypen 2** (nach Schoener & Gonsiorek 1989)

### **4. Impulsive Charakterstörungen**

lange bestehende Probleme mit Triebkontrolle  
meist bereits sexuelle Belästigung von Mitarbeiterinnen/Auszubildenden,  
manchmal schwerwiegende Sexualdelikte in der Vorgeschichte,  
sehr viele sexuelle Kontakte zu Patienten 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 oder ethische Gremien fallen Manipulationen zum Opfer  
Nicht oder selten rehabilitierbar



## **Tätertypen 3** (nach Schoener & Gonsiorek 1989)

### **6. Borderline Persönlichkeitsstörungen / Psychosen**

Schwache soziale Urteilsfähigkeit und gestörter Realitätsbezug

bizarre wirkende Rationalisierungen ihres Verhaltens

z.B. Psycho-Sekten, paranoide Züge, ideologisch rationalisierende  
Wahnbildung

Nicht rehabilitierbar

# Risikovariabeln Täter 1

## 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

# Risikovariabeln Täter 2

## 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/Verletzbarkeit am Beginn des Übergriffs an, besonders bei „slippery slope“ (Gabbard)
- Oft bereits jahrelange berufliche Isolation, bes. bei Alleinpraktizierenden ohne regelmäßigen Austausch mit Kollegen

# Risikovariabeln Täter 3

## 3. Persönlichkeitsfaktoren:

- Oft gravierende Persönlichkeitsstörungen; im Vordergrund: narzisstische PS, Borderline-PS und antisoziale PS; können alle mit sexueller Devianz, Sadismus und chronisch ausbeuterischem Verhalten einhergehen
- Ausgeprägtes Machtbedürfnis und Empathie-Mangel; ähnlich wie bei Inzestvätern und anderen Sexualstraftätern
- Wiederholungs-Täter gehören fast immer 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

# **RISIKOFAKTOR Arbeitsplatz 1**

## **Wie Täter und Täterinnen ihre Arbeitsplätze wählen**

- Sie bevorzugen autoritär strukturierte Einrichtungen
- Sie nutzen Einrichtungen mit unklaren Strukturen und einer unzureichenden Trennung zwischen beruflichen und persönlichen Kontakten
- Sie meiden Institutionen mit klaren Leitungsstrukturen und Arbeitsanforderungen, in denen aus fachlichen Gründen entschieden wird.
- Sie wählen Institutionen, in denen die Autonomie von Kindern nur unzureichend gefördert wird. Durch eine oft starke Einbindung der Eltern wird die Wahrnehmung von Übergriffen erschwert.

## **RISIKOFAKTOR Arbeitsplatz 2**

### **Wie Täter und Täterinnen ihre Arbeitsplätze wählen**

- Sie wählen Arbeitsplätze, in denen eine Vernachlässigung der Kinder durch das Personal stattfindet.
- ... in Institutionen mit traditionellen Rollenbildern („Brave“ Mädchen sind leichter zu mißbrauchen, „Kleine Helden“ sprechen nicht über Gewalt/Opfererfahrungen)
- ... in Institutionen, die eine rigide oder generationsgrenzenverwischende Sexualerziehung praktizieren (Tabuisierung von Sex., „Wir sind doch alle locker“)

Enders, U.(2002): Das geplante Verbrechen. Sexuelle Ausbeutung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Über Zartbitter Köln bestellbar.

# Prävention und weitere Professionalisierung der Psychotherapie

- **Aufklärung der Öffentlichkeit**
- **Gezielte Aufklärung der Psychotherapiepatienten z.B. seitens der KK**
- **Einrichtung spezialisierter Patientenberatungsstellen**
- **Nachweis über Fortbildungsteilnahme zum Thema während Ausbildung und postgraduiert**
- **Überprüfung der Richtlinien von Fachverbänden und Ethikkommissionen auf Übereinstimmung mit den gesetzlichen Regelungen**

# Literatur

- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin. Kröning: Asanger.
- BFSFJ Patientenbroschüre (2004). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie, Psychiatrie und psychologischer Beratung. Homepage: BFSFJ.
- Eichenberg, C., Dorniak, J. & Fischer, G. (2009). Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. [Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie](#), 9, 337-344.
- Enders, U.(2002): Das geplante Verbrechen. Sexuelle Ausbeutung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Über Zartbitter Köln bestellbar.
- Pope u.a. (1996). Sexualität in der Psychotherapie. PVU(Beltz).
- Reimer, C. (2001). Liebe, Lust und Leidenschaft in der therapeutischen Beziehung. In: Kruse, G. und Gunkel, S. (Hrsg.). Psychotherapie in der Zeit – Zeit in der Psychotherapie, 237-262, Hannover: HÄV.
- Schuppli-Delphy, M. (2007): Sexuelle Grenzüberschreitungen in Therapie, Pflege und Seelsorge. Riedener Seminar 23.10.2007. Unter: [www.seminare-ps.net](http://www.seminare-ps.net)
- Yalom, I. D. (1998): Die rote Couch. Btb.



# Anliegen, Erwartungen und Sehnsüchte von Patienten 2

Zeige mir, dass du absolut vertrauenswürdig bist, indem du mich völlig verstehst und die Welt so siehst wie ich.

Bestätige mir, dass die Welt Schlecht und ungerecht ist.

Verbünde dich mit mir gegen die feindselige Außenwelt.

Weise dich als der Beste deines Faches aus.

Erweise dich als meiner würdig.

Zeige mir, dass ich toll bin.

Bewundere mich uneingeschränkt.

Diene mir bedingungslos.

Empfinde und denke wie ich; begehre das Gleiche wie ich.

Bestätige mir, dass mir nicht zu helfen ist.

# Anliegen, Erwartungen und Sehnsüchte von Patienten 3

Sieh mein Unglück, und gib mir zurück, was mir genommen wurde.

Büße du dafür, dass ich in meinem Leben nicht bekommen habe, was ich  
gebraucht hätte.

Ich bin gescheitert, nun scheitere auch du an mir. Aber gib niemals auf, dich  
um mich zu bemühen.

# MERKMALE SEXUELLER UEBERGRIFFE IN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNGEN 1

- Voraussetzung auf Seiten des Klienten/ der Patientin: Hilfsbedürftigkeit und Angewiesensein
- Ausnutzung der in jeder professionellen therapeutischen Beziehung bestehenden Abhängigkeit und 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 Professionelle bricht die laufende Behandlung ab, um den Weg zu einer sexuellen Beziehung freizumachen, die dann als „Begegnung zwischen zwei Erwachsenen“ umdefiniert wird.

# MERKMALE SEXUELLER UEBERGRIFFE IN PROFESSIONELLEN BEZIEHUNGEN 2

- Oft vorausgehendes „Grooming“ des Helfers: - Angebot des Ther., sich zu duzen - Komplimente über Aussehen und Kleidung - scheinbar zufällige Berührungen - aktives Nachfragen zu sexuellen Gedanken den Ther. betreffend - Äußern 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.

# Gesetze, Standesordnungen 2

## **Art. 193 Schweiz**

Ausnützung der Notlage

1 Wer eine Person veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, indem er eine Notlage oder eine durch ein Arbeitsverhältnis oder eine in anderer Weise begründete Abhängigkeit ausnützt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

2 Ist die verletzte Person mit dem Täter eine Ehe oder eine eingetragene Partnerschaft eingegangen, so kann die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung absehen.

## **STANDESORDNUNG FMH ( 1.1.1997) (Schweizer Ärzte)**

### **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.

# Therapieschulenübergreifende Unklarheiten

Sexuell-erotische Gefühle der Therapeuten

Persönliche Probleme und Krisen der Therapeuten

Frühe Traumatisierung der Tätertherapeuten

177

# Missbrauchfördernde Schwachstellen der Therapieschulen 1



## **Psychoanalyse:**

„monadologische Konzepte“ wie Projektion, Introjektion, projektive Identifikation;  
Gegenübertragung ohne Eigenübertragung;  
Therapeut kein leerer Bionischer „Behälter“ (Eigenübertragung!);  
Folge: „Schuld“ hat ausschließlich der Pat.

fast inhuman strenge Abstinenzhaltung ohne situative und fallbezogene Flexibilität;

# Missbrauchfördernde Schwachstellen der Therapieschulen 2

**Verhaltenstherapie:** therapeutisch notwendige Maßnahme (Inhaltsanalyse Kategorie „wortloses Agieren“), Gültigkeit der Abstinenzregel unklar? (Arnold & Retsch 1991) S. 175, Reflexion der „gefühlshaften“ Seite der Therapeut-Klient-Beziehung als Prävention fehlt

**Humanistisch orientierte Verfahren:** Eigenverantwortung der Patienten, Kult der Spontanität und Authentizität, Sex mit Ausbildern

**Körpertherapeuten:** Bestandteil der Behandlungstechnik



# Häufigkeit 1

## 1. Befragungen von PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen

1973 Kardener et al.: 1000 am. Psychiater: 46% Rücklauf: **12,8%**

1977 Holroyd u. Brodsky: 1000 am. PsychologInnen: 70% Rücklauf:  
**12,1% Männer** und **2,6% Frauen**

1986 Gartrell et al. **9% Männer** und **3% Frauen**

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

## 2. Erfahrungen Schuppli-Delpy

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

# Häufigkeit 2

## 3. Befragungen von FolgetherapeutInnen

1987 Aghassy u. Note (NL): jeder zweite Therapeut kennt Pat., die in einer früheren Therapie sexuelle Kontakte zu ihrem Therapeuten hatte

1986 Gratrell et al.: 67% der befragten Psychotherapeuten behandelten solche Pat.

1995 Fischer et al.: vorsichtige Schätzung: 33% behandeln solche Pat.

## 4. Befragungen von Patientinnen

1979 Pope et al.: Befragung von grad. Psychologinnen:

16,5 der Frauen und 3% der Männer gaben sex. Kontakte zu AusbilderInnen an  
13% gaben als AusbilderIn sexuelle Kontakte zu Auszubildenden an

1990 Ertel: 2619 Psychotherapie Pat. zwischen 18 und 45 J.: 8,3% gaben sexuelle Missbrauch in ihrer Psychotherapie an

# Anliegen, Erwartungen und Sehnsüchte von Patienten

- Zeige mir, dass ich wertvoll und liebenswert bin.
- Gib mir alles, was ich bislang entbehren musste.
- Sage mir, was ich tun soll.
- Übernimm alle Verantwortung für mich und mein Leben.
- Erspare mir Anstrengung und Unbehagen.
- Sei immer für mich da.
- Lass mich nicht allein.
- Sage mir, dass alles gut wird.
- Versichere mir immer wieder, das mir nichts passieren kann.
- Sorge dafür, dass für mich alles kontrollierbar ist.
- Hilf mir mein Gewissen zu beruhigen.
- Lass dich von mir in meinen Bann ziehen. Wenn ich dich fasziniere, spüre ich, dass ich bin.
- Ich will die Erste und Wichtigste sein.
- Zeige mir (an deinem Vorbild), wer ich sein kann.

# Was will der (gesunde) Mensch?

## **Annäherungsziele:**

Intimität/Bindung, Affiliation/Geselligkeit, Altruismus, Hilfe, Anerkennung/  
Bestätigung, Status, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung/Verstehen,  
Glauben/Sinn, Abwechselung, Selbstvertrauen, Selbstbelohnung

## **Vermeidungsziele:**

Alleinsein/Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/Blamage, Vorwürfe/Kritik,  
Abhängigkeit/Autonomieverlust, Verletzungen/Spannungen, Schwäche/  
Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Versagen

Sexualität?

Motive von Therapeut und Patient!

# Übertragung und Gegenübertragung, Übertragungsliebe und Eigenübertragung

**Übertragung** beschreibt das Phänomen, ...“dass jede menschliche Beziehung und vor allem jede therapeutische Beziehung durch Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen beherrscht sein kann, die allein aus der aktuellen interpersonellen Interaktion nicht erklärbar sind, sondern am ehesten als Wiederholung früherer Beziehungsformen verstehbar sind.“

(Bezogen auf Einzelpersonen, die Patientengruppe oder das Team bzw. Teile davon)

## **Übertragungsliebe/erotische Übertragung:**

Das Phänomen ...“bezeichnet eine bestimmte Mischung aus zärtlichen, erotischen und sexuellen Gefühlen, die ein Patient seinem Therapeuten gegenüber erlebt (positive Übertragung)...“ Typisches und häufiges Therapiephänomen; unpersönlich, wird durch Aspekte der Realbeziehung ausgelöst und ist rollentypisch!

Unter **Gegenübertragung** verstehen wir die Gesamtheit aller unserer emotionalen Reaktionen als Therapeut, die im Kontakt mit einem Patienten entstehen, mögen sie nun ihren Ursprung im Patienten oder in uns haben.

**Eigenübertragung** des Therapeuten: siehe Übertragung