

Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie

Eine Online-Fragebogenerhebung unter betroffenen PatientInnen

Judith Dorniak, Christiane Eichenberg und Gottfried Fischer

Theoretischer Hintergrund

„Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden“.¹

Definition: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie liegt vor, wenn

- der/die TherapeutIn eigene sexuelle Erlebnisse schildert,
- der/die TherapeutIn dem/die PatientIn voyeuristischen Befragungen unterzieht,
- der/die TherapeutIn Bemerkungen über Aussehen und Kleidung des/der PatientIn macht,
- der/die TherapeutIn dem/die PatientIn gegenüber seine/ihre Liebesgefühle offenbart und vorschlägt, die Behandlung zu beenden,
- der/die TherapeutIn anzügliche Bemerkungen macht,
- Berührungen im Intimbereich stattfindend oder
- sexuelle Handlungen stattfindend.²

Rechtliche Situation

§ 174c StGB Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses (in Kraft seit 1998)

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit 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 bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe 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.³

Inzidenz

USA: In Befragungen von amerik. Thp. geben 4-12% Erfahrungen mit sexuellen Kontakten zu Pat. an.⁴⁻¹⁰

Deutschland: Je nach Definition der sexuellen Kontakte sind 1-11% der deutschspr. Thp. betroffen.¹¹⁻¹⁴

Geschlechterverteilung: In der überwiegenden Anzahl der Fälle handelt es sich um sexuelle Kontakte zwischen einem männlichen Thp. und einer weiblichen Pat.^{4, 5, 15-17}

Vulnerabilitätsfaktoren der PatientInnen

- Selbstunsicherheit und emotionale Labilität¹⁸⁻²⁰
- frühere sexuelle Gewalterfahrung²¹⁻²³
- Borderline-Persönlichkeitsstörung²⁴
- Suchterkrankungen²⁵

→ drei untere Faktoren: Grenzfindungsproblematik²⁶

Die Vulnerabilität der Pat. impliziert nicht deren Verantwortung für das missbräuchliche Geschehen, verantwortlich sind allein die Thp. aufgrund ihres unprofessionellen Umgangs mit den spez. Problematiken ihrer Pat.

Becker-Fischer & Fischer (1996/97)^{34, 35} unterscheiden die Thp. unter psychodynamischen Gesichtspunkten:

Wunscherfüller- und Rachetypus

(Grundannahme: In den sexuellen Übergriffen werden traumatische Kindheitsereignisse des/der Thp. reinszeniert.)
Wunscherfüllertypus: Handlungsbestimmende Motivation ist die Verleugnung der traumatischen Erfahrungen durch Illusion einer heilen Welt und der Rettung durch den/die Pat.

Rachetypus: Handlungsbestimmende Motivation ist die Abwehr der traumatischen Erfahrungen und der erlebten Hilflosigkeit durch Identifikation mit dem Täter und Befriedigung der Rachegefühle an dem/der Pat.

Sexuelle Kontakte finden meist im Kontext anderer Grenzverletzungen statt („slippery slope“^{33, 36, 37}). Es finden sich stereotypische Abläufe der sexuellen Beziehungen^{20, 38}; Becker-Fischer & Fischer (1996/97)^{34, 35} unterscheiden vier in sich kohärente Folgen stereotypischer Interaktionsmuster:

Scripts

„**Golden Fantasy**“: Von dem/der Thp. wird eine „Rettungsphantasie“ entworfen, die der/die Pat. schließlich übernimmt. Es existiert eine idealisierende Übertragungskonstellation, der/die Pat. hat das Gefühl, etwas ganz Besonderes zu sein und nur von dem/der Thp. wirklich verstanden zu werden. Es besteht eine Tendenz zur Rollennumkehr.

„**Der hilfbedürftige Messias**“: Das therapeutische Setting ist von Beginn an unklar. Der/die Pat. wird in eine extrem abhängige Rolle manövriert, da der/die Thp. lieber praktisch helfend eingreift, anstatt dem/der Pat. zu helfen, die Probleme eigenständig zu lösen. Der/die Pat. fühlt sich aufgewertet, es besteht eine Tendenz zur Rollennumkehr.

„**Der distanzierte Gott**“: Der/die Thp. wahrt über lange Zeit übertriebene Distanz und lässt den/die Pat. „emotional deprivieren“. Sexuelle Übergriffe finden im Kontext von Trennungssituationen oder Vorsebständigkeits Tendenzen des/der Pat. statt. Der/die Thp. betrachtet den/die Pat. als Eigentum, es kommt zu Vergewaltigungen und Sadismus.

„**Der Guru und seine SEXTHERAPIE**“: Es kommt meist kein reguläres Setting zustande, der/die Thp. forciert ein „freundschaftliches“ Verhältnis, äußert aber keine Verliebtheitsgefühle u. ä. Dem/der Pat. fällt es schwer, den Missbrauch als solchen zu erkennen, hat er/sie doch den „fortschrittlichen Therapiemethoden“ zugestimmt.

→ Die ersten beiden Scripts entsprechen dem Wunscherfüllertypus, die letzten beiden dem Rachetypus.

Folgen: Die Folgen von sexuellen Kontakten in der Psychotherapie haben für die betroffenen Pat. verheerende Ausmaße^{21-23, 39-43}; u. a. **depressive Symptome und Ängste, Selbstzweifel, Scham- und Schuldgefühle, generalisiertes Misstrauen, sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen, Beziehungsprobleme, Suizidalität.** Die Manifestierung dieser Symptome entspricht dem Verlauf des professionellen Missbrauchstraumas (PMT)^{34, 35}; vgl. Kasten „Das professionelle Missbrauchstrauma“.

Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Vor dem Hintergrund des Inkrafttretens von Paragraph 174c StGB wurde eine Nachfolgeuntersuchung der Studie von Becker-Fischer & Fischer „Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie“ (1997)³⁵ durchgeführt. Von Interesse waren die situativen Umstände der sexuellen Kontakte, Risikofaktoren der Thp. und Pat., die Folgen für letztere sowie der rechtliche Umgang mit der Thematik. Anhand einer Onlineversion des Fragebogens zu sexuellen Kontakten in Psychotherapie und Psychiatrie (SKPP) wurden N=77 betroffene Pat. zu ihren Erfahrungen befragt.

Das professionelle Missbrauchstrauma (PMT) → spezielles psychotraumatisches Belastungssyndrom: spezielle Dynamiken und Situationskonstellationen⁴⁴

Traumatische Situation

Die traumatische Situation wird konstituiert durch das Ausnutzen des extremen Abhängigkeitsverhältnisses zu egoistischen Zwecken durch den/die Thp. Das wird verweigert. Dies führt häufig zu euphorischen Glücksgefühlen, Versprechen, die seelische Entwicklung des/der Pat. ungeachtet eigener Bedürfnisse zu unterstützen wird gebrochen. Die traumatische Situation besteht unerschütterlich fort durch die aufrechtgehaltene Verbundenheit mit dem/der TäterIn sowie durch die Nicht-Anerkennung seiner/ihrer Schuld durch die Öffentlichkeit (erschütterung des Verständnisses der sozialen Welt).

Traumatische Reaktion

Opfer des Wunscherfüllertypus: Die traumatische Qualität des Erlebten wird verleugnet. Dies führt häufig zu euphorischen Glücksgefühlen, ausgelöst durch das Gefühl des Auserwähltheits durch den/die Thp.
Opfer des Rachetypus: Es kommt zu emotionalem Erstarrten, wodurch Fliehen und klares Denken verhindert wird. Die Pat. reagieren mit erhöhtem Misstrauen, es kommt zum Rückzug aus sozialen Kontakten.

Traumatischer Prozess

Opfer des Wunscherfüllertypus: Die traumatische Qualität wird weiterhin verdrängt, die Wut richtet sich gegen die eigene Person, dies führt zu Symptomen wie Depression, Suizidgedanken und psychosomatischen Beschwerden (Victimisierungssyndrom).
Opfer des Rachetypus: Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der sozialen Welt ist nachhaltig erschüttert, die dramatische Desillusionierung wird generalisiert (Desillusionierungsschema). Die Pat. ziehen sich sozial zurück, es kommt zu Suizidversuchen und gelungenen Suiziden.

Ergebnisse

Beschreibung der PatientInnen, TherapeutInnen und der sexuellen Kontakte

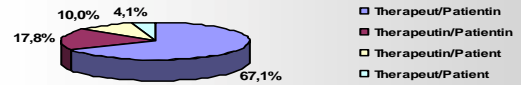
ProbandInnen: Geschlecht: weiblich: 85,7%; männlich: 14,3%; Alter zum Befragungszeitpunkt: M=34,8 (SD=11,1); Alter zum Zeitpunkt des sexuellen Kontaktes: M=28,4 (SD=11,1).

Insgesamt haben 44,2% der Stichprobe mind. eine frühere sexuelle Gewalterfahrung erlebt, 29,9% gaben an, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. **Eingangssymptomatik:** am häufigsten depressive Symptome (53,5%), Angst und Panik (36,6%) und Grenzstörungen (26,8%).

TherapeutInnen: Geschlecht: männlich: 71,2%; weiblich: 28,8%; Alter: M=46,9 (SD=9,1), somit im Schnitt 18,1 Jahre (SD=11,1) älter als ihre Pat. zum Zeitpunkt des sexuellen Kontaktes. Die Lebenssituation der Thp. wurde von den Pat. in 39,5% der Antworten als problematisch und belastend beschrieben. Nach Angaben der Pbn. bedauerten 88,9% der Thp. den sexuellen Kontakt nicht, auch hatten 83,6% keine diesbezüglichen Schuldgefühle. Die Thp. entsprachen in 57,9% der Fälle dem Wunscherfüllertypus und in 42,1% dem Rachetypus.

Sexuelle Kontakte:

Geschlechterkombinationen



In 79,6% der Fälle ergriff der/die Thp. die Initiative zum **sexuellen Kontakt**, in 61,4% der Fälle kam es zu ein- oder mehrmaligem Geschlechtsverkehr. In 71,7% der Fälle handelte es sich nicht um ein einmaliges Ereignis, in den meisten Fällen dauerte die sexuelle Bez. über einen Zeitraum von 3-7 Monaten (31,4%) oder 1-2 Jahren (25,7%).

Der hilfbedürftige Messias	11 Fälle
Golden Fantasy	7 Fälle
Der distanzierte Gott	6 Fälle
Der Guru und seine SEXTHERAPIE	3 Fälle

Die therapeutische Atmosphäre des Rachetypus war zumeist repressiv oder sexualisiert (jeweils 28,6%), die Opfer des Wunscherfüllertypus waren zur Zeit der Therapie zumeist verwirrt aufgrund ihres Spürens der Rollendiffusion (47,1%).

Folgen des sexuellen Kontaktes

Hinsichtlich der Zeit unmittelbar nach dem ersten sexuellen Kontakt schilderten 80,0% der Opfer des Rachetypus ein schlechtes emotionales Befinden, die Opfer des Wunscherfüllertypus berichteten zumeist von einem (sehr) guten Befinden (28,6%) und von ambivalenten Empfindungen, Verwirrung oder schlechtem Befinden (jeweils 23,8%).

93,3% der ProbandInnen gaben an, dass der sexuelle Kontakt problematische Folgen hatte. 84,0% der Pbn. nannten neue und/oder verstärkte Beschwerden als Folge des sexuellen Kontaktes. Die durchschnittliche Anzahl verstärkter Beschw. war 2,3 (SD=1,9), die durchschnittliche Anzahl neuer Beschw. war 1,5 (SD=1,3).

Häufigste verstärkte Beschwerden

- Isolation und emotionaler Rückzug (34,6%)
- Misstrauen (23,1%)
- Angst und Panik (19,2%)
- Scham und Schuldgefühle (19,2%)
- Selbstzweifel und -unsicherheit (19,2%)
- depressive Symptome (15,4%)

Häufigste neue Beschwerden

- Isolation und emotionaler Rückzug (30,0%)
- Misstrauen (30,0%)
- Angst und Panik (10,0%)
- depressive Symptome (10,0%)
- lügen/sich verstellen müssen (10,0%)
- Wut und Aggressionen (10,0%)

Impact-of-Event Scale (Horowitz et al.): In insgesamt 89,5% der Fälle waren die Pbn. durch den sexuellen Kontakt in der Therapie traumatisiert, in 78,9% der Fälle lag sogar eine schwere oder mittelgradige Traumatisierung vor.

Bewältigungsbemühungen und rechtliche Schritte

Folgetherapie: 54,0% der Pbn. hatten aufgrund der sexuellen Kontakte das Bedürfnis nach einer weiteren Psychotherapie. In den Fällen, in denen dieses Bedürfnis nicht bestand (46,0%), wurde dies zumeist mit dem Vertrauensverlust in Thp. generell begründet (53,3%). Es entschlossen sich N=25 Pbn. zu einer Folgetherapie, als hilfreich an der Haltung des/der Folgethp. wurde das Wahren von Grenzen (professionelle Abstinenz) erlebt (47,4%).

Rechtliche Schritte: 68,8% der Pbn. gaben an, nie daran gedacht zu haben, juristische Schritte gegen den/die grenzverletzende(n) Thp. einzuleiten, 23,8% nannten mangelnden Mut als ausschlaggebenden Faktor. Die Pbn., die mit dem Gedanken an derartige Schritte spielten (31,3%), waren zumeist von ihrem/ihrer Folgethp. auf die Idee gebracht worden (40,0%). Unternommen wurden rechtliche Schritte nur in fünf Fällen, in zwei Fällen handelte es sich dabei um zivilrechtl., in drei Fällen um strafrechtl. Schritte. Zu einem förmlichen Verfahren kam/kommt es nur in drei Fällen, dieses wurde von den Pbn. immer als persönlich nutzbringend bewertet. Zum Befragungszeitpunkt war es in zwei Fällen zu einer Verurteilung des/der Thp. gekommen, in einem Fall stand das Verfahren noch aus.

Fazit

- Die überwiegende Mehrheit der Pbn. berichtete von einer massiven Verschlechterung ihres Befindens als Folge des sexuellen Kontaktes zu ihrem/ihrer Thp. Die geschilderten Folgebeschwerden bewegen sich ohne Ausnahme im Rahmen des **professionellen Missbrauchstraumas (PMT)**.
- Die von Becker-Fischer & Fischer (1996/97) beschriebenen stereotypen Interaktionsmuster zwischen Thp. und Pat. (Scripts) können bestätigt werden.
- Die Mehrheit der Pbn. unternahm keine der möglichen rechtlichen Schritte, es kam/kommt nur in drei Fällen zu einem förmlichen Verfahren.

→ Der sexuelle Kontakt in der Psychotherapie und Psychiatrie hat für die betroffenen Pat. höchst schädliche Konsequenzen, die Thp. werden jedoch trotz veränderter Gesetzeslage nicht häufiger zur Rechenschaft gezogen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine verstärkte Aufklärung der betroffenen Pat. über ihre gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten sinnvoll. Auch müssen Überlegungen bezüglich des Schutzes der Betroffenen vor einer möglichen weiteren Traumatisierung im Kontext der Verfahrensdurchführung angestellt werden.