



Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie

Christiane Eichenberg

Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik
Universität zu Köln

Seminar

Beruf Psychotherapeut: Voraussetzungen, Auswirkungen und Herausforderung
SS 2010, Juni 2010

Übersicht

1. Theoretischer Hintergrund

- 1.1 Definition
- 1.2 Prävalenz
- 1.3 Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

2. Untersuchung von Becker-Fischer & Fischer (1997)

- 2.1 Fragestellung und Zielsetzung
- 2.2 Stereotype Interaktionsmuster
- 2.3 Typisierung der TherapeutInnen
- 2.4 Folgen für die Patienten: Das Professionale Missbrauchstrauma (PMT)
- 2.5 Paragraph 174 c StGB

3. Nachfolgeuntersuchung von Eichenberg, Becker-Fischer & Fischer (2006)

- 3.1 Methodisches Vorgehen
- 3.2 Ergebnisse
- 3.3 Grundregeln für Folgetherapien

4. Fazit

1.1 Definition

- Es existieren unterschiedliche Arten von Missbrauch in der Psychotherapie: z.B.:
 - emotionaler Missbrauch
 - direkte körperliche Gewalt
 - sozialer Missbrauch
 - finanzieller Missbrauch
 - sexueller Missbrauch

- Sexueller Missbrauch liegt nach Tschan (2001) dann vor, wenn
 - Thp. eigene sexuelle Erlebnisse schildert
 - Thp. den Pat. voyeuristischen Befragungen unterzieht
 - Thp. Bemerkungen über Aussehen und Kleidung des Pat. macht
 - Thp. dem Pat. ggü. seine Liebesgefühle offenbart u. das Behandlungsende vorschlägt
 - Thp. anzügliche Bemerkungen macht
 - Berührungen im Intimbereich stattfinden
 - sexuelle Handlungen stattfinden

Sexueller Missbrauch vs. sexuelle Verstrickung? - Theoretische Konzepte

1. Besonderheiten der therapeutischen Beziehung

- Die therap. Situation ist gekennzeichnet durch die Relativität der therap. Wirklichkeit und die Asymmetrie des Machtverhältnisses (Schlösser, 2000).

- **Therapeutische Wirklichkeit:** künstlich geschaffener Raum innerhalb gesetzter Regeln u. Normen, der es dem Pat. erlauben soll, sich beschützt u. aufgehoben zu fühlen, Entwicklungsschritte nachzuholen u. offen über alles sprechen zu können → analog zur Kindheit u. verschieden von den Gesetzmäßigkeiten seiner äußeren Lebensumwelt
- **Asymmetrie des Machtverhältnisses:** der Thp. bestimmt die Variablen des therap. Settings, ist per definitionem Experte bzgl. der Heilung der psychischen Beschwerden des Pat.; dieser ist abhängig u. zumeist in einer Lebenssituation größter Vulnerabilität → analog zur Kindheit u. verschieden von seiner äußeren Lebensumwelt

➔ Die eigentlich heilsame Wirkung des künstlich geschaffenen, beschützten Raumes u. der Abhängigkeit wird durch den Übergang von der professionellen therap. Beziehung zu einer (sexuellen) privaten Beziehung zerstört, für die diese Regeln nicht gelten (können). („Analytischer Inzest“)

2. Allgemeines Dialektisches Veränderungsmodell (Fischer, 2000): duales Beziehungskonzept

1. **Arbeitsbündnis** bzw. die „therapeutische Allianz“
2. **Übertragungsbeziehung**

→ Wichtig für das Gelingen der Therapie ist, dass die **minimale Differenz** zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung nicht verfehlt wird. Dies kann der Fall sein, wenn bspw. das therapeutische Setting pathogenen Vorerfahrungen ähnelt oder sich Beziehungsformen herausbilden, die andere Erwartungen wecken, als die Therapie erfüllen könnte.

- Bei sexuellen Kontakten zwischen Thp. und Pat. ist genau dies der Fall:
 - Thp. agiert seine Gegenübertragungsgefühle, statt sie introspektiv zu bearbeiten und so für die therapeutische Arbeit zu nutzen.
 - Es besteht keine Differenz mehr zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung, letztere wird nicht als solche erkannt.
 - Pat. kann durch diesen verfehlten Umgang mit der Übertragung keine korrigierenden Erfahrungen machen, ursprüngliche Traumata können nicht verarbeitet werden, es findet vielmehr eine Retraumatisierung statt.

1.2 Prävalenz

- **USA:** In Befragungen von amerik. Thp. gaben 4-12% Erfahrungen mit sexuellen Kontakten zu Pat. an.
(z.B. Gartrell et al., 1986; Holroyd et al., 1977; Pope et al., 1979, 1986, 1993; Rodolfa et al., 1994; Stake et al., 1991)
- **Deutschland:** Je nach Definition der sexuellen Kontakte sind 1-11% der deutschsprachigen Thp. betroffen.
(z.B. Arnold et al., 1991, 2000; Reschke et al., 1996, 1999)
- **Geschlechterverteilung:** In der überwiegenden Anzahl der Fälle handelt es sich um sexuelle Kontakte zwischen einem männlichen Thp. und einer weiblichen Pat.
(z.B. Gartrell et al., 1986; Holroyd et al., 1977; Bouhoutsos et al., 1983; Kuchan , 1990; Parsons et al., 1995)

1.3 Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

Vulnerabilitätsfaktoren der PatientInnen

- **Selbstunsicherheit und emotionale Labilität**
(Ben-Ari et al., 2004; Chesler, 1986; Smith, 1984)
- **frühere sexuelle Gewalterfahrung**
(Disch et al., 2001; Luepker, 1999; Somer et al., 1999)
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung**
(Gutheil, 1989)
- **Suchterkrankungen**
(Vogt, 1990)

Risikofaktoren der TherapeutInnen

- **erfahren und angesehen**
(Gartrell et al., 1986; Somer et al., 1999; Lamb et al., 2003)
- **krisehafte Lebensumstände**
(Butler et al., 1977; Lamb et al., 2003; Rodolfa et al. 1997)
- **schwere Traumatisierungen**
(Jackson et al., 2001; Schmidbauer, 1997)
- **narzisstische Störungen und Defizite**
(Dahlberg, 1970; Schoener et al., 1990; Simon, 1999)

2. Untersuchung von Becker-Fischer und Fischer (1997): „Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie“

2.1 Fragestellungen und Zielsetzungen

- 1994/95; gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- zu diesem Zeitpunkt die erste umfassende Betroffenenbefragung zu sexuellen Übergriffen in Psychotherapie u. Psychiatrie in Deutschland
- Fragestellungen und Zielsetzungen der Untersuchung:
 - 1) Minimalschätzung von *Ausmaß und Verbreitung* des sexuellen Kontaktes in Psychotherapie und Psychiatrie und des daraus resultierenden *volkswirtschaftlichen Schadens*
 - 2) Erkenntnisse über die *Geschlechterverteilung*
 - 3) Psychopathologische, psychosomatische und psychosoziale *Folgerscheinungen* der betroffenen PatientInnen
 - 4) *Risikovariablen* des sexuellen Kontaktes
 - 5) Erfahrungen der Betroffenen mit der *Rechtspraxis*
 - 6) Aufzeigen von *Präventionsmöglichkeiten*

2.2 Stereotype Interaktionsmuster

„Golden Phantasy“

- vom Thp. wird eine „Rettungsfantasie“ entworfen, die der Pat. schließlich übernimmt
- der Thp. gibt dem Pat. das Gefühl, etwas ganz Besonderes für ihn zu sein
- der erste oft ambivalente (äußere) Eindruck des Pat. vom Thp. kehrt sich relativ schnell in eine idealisierende Übertragungskonstellation um: der Pat. hat das Gefühl, nur von diesem Menschen wirklich verstanden zu werden
- erste Warnsignale/Anzeichen des sexuellen Missbrauchs werden von dem Pat. verleugnet
- Versuche des Pat. die Beziehung oder Therapie abubrechen, werden mit dem Versuch, Angst zu machen oder Mitleid zu wecken abgewehrt
- Tendenz zur Rollenumkehr: Nicht mehr der Thp. ist später der Retter in der Not, sondern der Pat.

„Der hilfsbedürftige Messias“

- Das therapeutische Setting ist von Beginn an unklar.
- Der Pat. wird in eine extreme abhängige und unselbständige Rolle manövriert, da der Thp. lieber praktisch und persönlich helfend eingreift, anstatt dem Pat. zu helfen, die Ursachen für seine Probleme zu finden und diese so eigenständig zu lösen.
- Auch hier fühlen sich die Pat. von dem Thp. sehr verstanden und durch dessen „Liebe“ aufgewertet.
- Oft existieren hier über lange Jahre partnerschaftliche Beziehungen, die dann dadurch beendet werden, dass den Pat. klar wird, dass sie nicht die einzigen sind, mit denen der Thp. eine solche Beziehung pflegt.
- Tendenz zur Rollenumkehr
- Der Wechsel von der therapeutischen Beziehung zu einer privaten sexuellen Beziehung kann hier mit der Angst vor Verletzungen und den Unterlegenheitsgefühlen des Thp. gegenüber dem Pat. erklärt werden.

„Der distanzierte Gott“

- Der Thp. wahrt über lange Zeit übertriebene Distanz, lässt den Pat. „emotional deprivieren“.
- Die sexuellen Übergriffe finden zumeist im Angesicht von Trennungssituationen und Verselbstständigungstendenzen des Pat. überfallartig statt.
- Nicht selten kommen hier Vergewaltigungen und Sadismus vor, die Vorfälle werden allerdings von den Pat. im Nachhinein oft gefühlsmäßig umbewertet und als Aufwertung empfunden.
- Der Thp. betrachtet den Pat. gewissermaßen als Eigentum, die „Beziehung“ ist meist unpersönlich und der sexuelle Kontakt findet zumeist nur innerhalb der Zeit der Therapiesitzungen statt.
- Gegen Ende hin drohen oft sowohl Therapeut als auch Pat. mit Suizid.

Der „Guru“ und seine „Sex-Therapie“

- Ein reguläres Setting kommt meist gar nicht erst zustande, schon der Erstkontakt findet außerhalb der Praxisräume an öffentlichen Plätzen (Restaurant usw.) statt.
- Der Thp. erzählt viel von sich, forciert ein „offenes“, „freundschaftliches“ Verhältnis.
- Die Pat. werden gleich zu Anfang mit den „fortschrittlichen Therapiemethoden“ bekannt gemacht.
- Daraus resultierend fällt es den Pat. im Verlauf der „Behandlung“ und im Nachhinein umso schwerer, den sexuellen Missbrauch als solchen zu erkennen, haben sie doch das Gefühl, über alles informiert gewesen zu sein und freiwillig mitgemacht zu haben.
- Auch hier ist die narzisstische Aufwertung des Pat. durch das Gefühl des „Auserwähltseins“ ein wichtiger Aspekt.
- Es kommen keine Gefühlsäußerungen (Liebesgeständnisse etc.) des Thp. vor.

2.3 Typisierung der TherapeutInnen: Wunscherfüller- u. Rachetypus

- Grundannahme: In den sexuellen Übergriffen werden traumatische Kindheitserfahrungen des/der Therapeuten/in reinszeniert.
- Unter psychodynamischen Gesichtspunkten werden die Thp. bezüglich ihrer unbewussten Motivation unterschieden:
 - 1) *Wunscherfüllertypus („Golden Phantasy“ und „Hilfsbedürftiger Messias“)*
Handlungsbestimmende Motivation: Vorherrschen von Verleugnung der traumatischen Erfahrungen durch Illusion einer heilen Welt und der Rettung durch den Pat.
 - 2) *Rachetypus („Distanzierter Gott“ und „Guru und seine Sex-Therapie“)*
Handlungsbestimmende Motivation: Abwehr der traumatischen Erfahrungen und der erlebten Hilflosigkeit durch Identifikation mit dem Täter und Befriedigung der Rachegeleüste an dem Pat.

2.4 Das Professionale Missbrauchstrauma (PMT)

- Bezeichnet nach Fischer und Riedesser (2003) ein spezielles psychotraumatisches Belastungssyndrom, das sich im Gegensatz zu den allgemeinen psychotraumatischen Belastungssyndromen durch spezielle Dynamiken und Situationskonstellationen der traumatischen Erfahrung auszeichnet.
- Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung: traumatische Erfahrung als dynamischer Verlauf, der die Phasen der traumatischen Situation, der traumatischen Reaktion und des traumatischen Prozesses erfasst
- spezielle Ausprägung der Phasen beim PMT in Abhängigkeit des Thp.-Typus

Traumatische Situation beim PMT

- wird konstituiert durch das Ausnutzen des extremen Abhängigkeitsverhältnisses zu egoistischen Zwecken durch den Thp.; Versprechen, die seelische Entwicklung des Pat. ungeachtet eigener Bedürfnisse zu unterstützen wird gebrochen
- traumatische Situation besteht unterschwellig fort durch die aufrechterhaltende Verbundenheit mit dem Thp. sowie durch die Nicht-Anerkennung der Schuld des Thp. durch die Öffentlichkeit (Erschütterung des Verständnisses der sozialen Welt)

Traumatische Reaktion beim PMT

Opfer des Wunscherfüllertypus

- euphorisches Glücksgefühl, ausgelöst durch das Gefühl des Auserwähltseins durch den Thp.
- traumatische Qualität des Erlebten wird verleugnet, um weiterhin an die evozierten Rettungsfantasien glauben zu können

Opfer des Rachetypus

- emotionales Erstarren, Fliehen und klares Denken dadurch verhindert
- erhöhtes Misstrauen und Isolierung, Rückzug aus sozialen Kontakten

Traumatischer Prozess beim PMT

Opfer des Wunscherfüllertypus

- traumatische Qualität wird weiterhin verdrängt, Wut richtet sich gegen die eigene Person, dies führt zu Symptomen wie Depression, Suizidgedanken, psychosomatischen Beschwerden (Victimisierungssyndrom)

Opfer des Rachetypus

- sozialer Rückzug, Suizidversuche und die meisten gelungenen Suizide
- Vertrauen in die Zuverlässigkeit der sozialen Welt ist nachhaltig erschüttert, dramatische Desillusionierung wird generalisiert (Desillusionierungsschema)

Symptomatische Folgen

Hauptsymptom bei Beziehungstraumata: Störung der Liebes- und Beziehungsfähigkeit

Häufigste verstärkte Symptome:

- Isolation und Einsamkeit
- sexuelle Funktionsstörungen
- Scham- und Schuldgefühle
- depressive Symptome u. Ängste
- Beziehungsprobleme
- psychosomatische Beschwerden
- Selbstzweifel
- Suizidideen
- Suchtverhalten

Häufigste neu hinzugetretene Symptome:

- Misstrauen bzw. Vertrauensverlust
- Selbstzweifel
- Suizidideen
- Massive Somatisierungsneigungen
- Schlafstörungen
- Flashbacks
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Ausagieren der unverarbeiteten Konflikte in der Paarbeziehung

2.5 Paragraph 174 c Strafgesetzbuch

- Auf Grundlage der Ergebnisse der Untersuchung wurde auch in Deutschland ein Gesetz geschaffen, das den sexuellen Kontakt zwischen PsychotherapeutInnen und ihren PatientInnen bei Strafe untersagt:
- § 174c 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. Nachfolgeuntersuchung von Eichenberg, Becker-Fischer & Fischer (2006)

3.1 Methodisches Vorgehen

- Befragt wurden betroffene Pat., die im Rahmen einer Psychotherapie o. psychiatrischen Behandlung sexuellen Kontakt zu ihrem Thp. hatten bzw.haben.
- Die Betroffenen wurden über das Internet über die Studie aufmerksam gemacht.
- $N = 77$ betroffene Pat. füllten die Onlineversion des *Fragebogens zu sexuellen Kontakten in Psychotherapie und Psychiatrie (SKPP)* aus:
 1. Sozialbiografische Daten
 2. Vorgeschichte des sexuellen Kontaktes
 3. Ablauf der Ereignisse
 4. Zeit nach dem sexuellen Kontakt
 5. Bewältigungsbemühungen
 6. Biografische Angaben
 7. Impact of Event-Scale (IES; Horowitz et al., 1979)

3.2 Ergebnisse

Patientenvariablen

- Geschlecht: $n = 66$ weiblich (85,7%); $n = 11$ männlich (14,3%)
- Alter zum Befragungszeitpunkt: $M = 34,8$ ($SD = 11,1$) (Range: 15-69 J.)
- Alter zur Zeit des sexuellen Kontaktes: $M = 28,4$ ($SD = 11,1$) (Range: 6-63 J.)
- 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%).

Therapeutenvariablen

- Geschlecht: 71,2 % männlich; 28,8 % weiblich
- (geschätztes) Alter: $M = 46,9$ ($SD = 9,1$; Range: 27-65 J.), somit im Schnitt 18,1 J. ($SD = 11,1$) älter als ihre Pat. zum Zeitpunkt des sexuellen Kontaktes
- Beruf: 55,7 % Diplom-PsychologInnen, 35,7% ÄrztInnen, 8,7% sonstige
- Therapierichtung: VT: 18,9%, TP: 18,9%, GT: 8,2%, PA: 6,8%, „ich weiß es nicht“: 23,0%

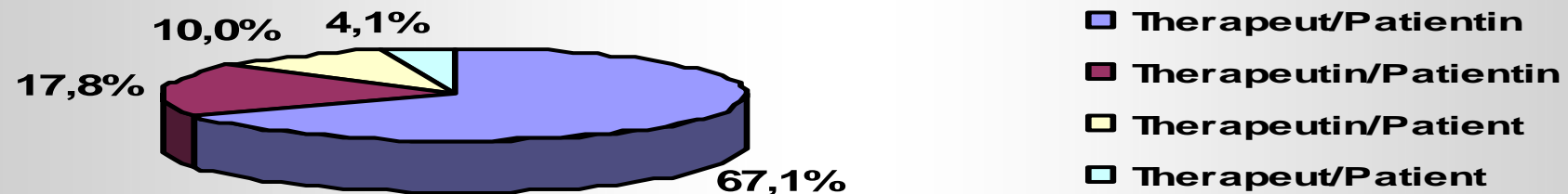
- Lebenssituation:
 - (1) In 38,6% der Fälle war der Thp. verheiratet, in 19,3% geschieden oder getrennt lebend und in 15,8% generell oder schon länger allein stehend.
 - (2) 39,5 % der Pat. beschrieben die persönliche Lebenssituation des Thp. als problematisch und belastend.

- Die Thp. entsprachen in 57,9% der Fälle dem *Wunscherfüllertypus* und in 42,1% dem *Rachetypus*.

- Nach Angaben der Pat. bedauerten 88,9% der Thp. den sexuellen Kontakt nicht; 83,6% hatten keine diesbezüglichen Schuldgefühle.

Variablen des sexuellen Kontaktes

■ Geschlechterkombinationen:



■ Nach Angaben der Pat. griffen in 79,6% der Fälle der Thp. die Initiative zum sexuellen Kontakt.

■ Bei der großen Mehrzahl der Fälle handelte es sich nicht um einen einmaligen sexuellen Kontakt (71,7%); bei 31,4% der Pat. bestanden die sexuellen Kontakte über einen Zeitraum von 3-7 Monate oder 1-2 Jahre (25,7%).

■ Mehrheitlich fand der sexuelle Kontakt in der Praxis während der Stunden statt (60,4%).

■ 30% der Pat. gaben an, dass der Thp. körperliche Gewalt ausübte; 40 % berichteten über Bedrohungen; 33 % von Versprechungen.

Folgen des sexuellen Kontakts

- **Folgen:** 93,3% der Pat. gaben an, dass der sexuelle Kontakt problematische Folgen hatte. 84% nannten neue u./o. verstärkte Beschwerden als Folge des sexuellen Kontaktes (durchschnittliche Anzahl verstärkter Beschwerden: $M = 2,3$ ($SD = 1,9$); durchschnittliche Anzahl neuer Beschwerden: $M = 1,5$ ($SD = 1,3$).

<i>Häufigste verstärkte Beschwerden</i>	<i>Häufigste neue Beschwerden</i>
Isolation und emotionaler Rückzug (34,6%)	Isolation und emotionaler Rückzug (30,0%)
Misstrauen (23,1%)	Misstrauen (30,0%)
Angst und Panik (19,2%)	Angst und Panik (10,0%)
Scham und Schuldgefühle (19,2%)	depressive Symptome (10,0%)
Selbstzweifel und -unsicherheit (19,2%)	lügen/sich verstellen müssen (10,0%)
depressive Symptome (15,4%)	Wut und Aggressionen (10,0%)

- **Impact-of-Event Scale:** 89,5% waren durch den sex. Kontakt in der Therapie traumatisiert, bei 78,9% lag sogar eine schwere o. mittelgradige Traumatisierung vor.

Bewältigungsbemühungen

- **Hilfreiche Umstände:** 48,6% der Pat. gab an, dass es keine hilfreichen Umstände gab, um die resultierenden Probleme aus dem sex. Kontakt zum Thp. zu verarbeiten. Von den anderen Pat. wurde besonders die Unterstützung von Familie und Freunden als hilfreich erlebt (14,3%).
- **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 wurde dies zumeist mit dem Vertrauensverlust in Thp. generell begründet.
- **Rechtliche Schritte:** 68,8% der Pat. gaben an, nie daran gedacht zu haben, juristische Schritte gegen den grenzverletzenden Thp. einzuleiten (Grund: mangelnder Mut). Die Pbn., die mit dem Gedanken an derartige Schritte spielten waren zumeist von ihrem Folgethp. auf die Idee gebracht worden.

Unternommen wurden rechtliche Schritte nur in 5 Fällen (2x zivilrechtlich, 3x strafrechtlich). Zu einem förmlichen Verfahren kam/kommt es nur in 3 Fällen, dieses wurde von den Pbn. immer als persönlich nutzbringend bewertet. Zum Befragungszeitpunkt war es in 2 Fällen zu einer Verurteilung des/der Thp. gekommen, in 1 Fall stand das Verfahren noch aus.

3.3 Grundregeln für Folgetherapien

- Berücksichtigung der besonderen Situation der Pat.
- Berücksichtigung der besonderen Situation der Folgethp.
- Berücksichtigung hilfreicher vs. hinderlicher Haltungen in Folgetherapien
- Regeln für die therapeutische Aufarbeitung des PMT:
 1. Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung (Differenzierung zw. Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung; optimale Differenz zur Ersttherapie)
 2. Aufarbeitung der traumatischen Aktualerfahrung
 3. Aufarbeitung jener primären Störung, die zur Ersttherapie führte
 4. Allgemeine Regeln der Traumatherapie beachten: „Prinzip der Normalität“
 5. Typische Übertragungskonstellation beim Durcharbeiten des PMT beachten

Fazit

- Die Problematik der sexuellen Übergriffe von Thp. auf Pat. u. die verheerenden Folgen für die betroffenen Pat. bestehen als zeitkonstantes Phänomen fort.
- Ebenso bestätigt wurden die Befunde zu den situativen Umständen sexueller Übergriffe aus der ersten Untersuchung. Unterschiedlich waren die Erhebungsbedingungen der beiden Studien. Dennoch zeigten sich in ihnen die gleichen stereotypen Interaktionsmuster zwischen Thp. u. Pat., die Risikovariablen der Thp. u. Vulnerabilitätsfaktoren der Pat. sowie die Folgen für die Pat.
- Die Befunde legen effektivere Aufklärung, Prävention u. Hilfestellung für Betroffene nahe. Vor allem ist die deutsche Rechtspraxis zu überdenken - hinsichtlich Fragen der Verjährungsfrist, aussagepsychologischer Realitätskriterien (vgl. Hinckeldey & Fischer, 2002) oder täterorientierter Ausrichtung der Strafverfahren (vgl. Tschan, 2005).

Literatur

- Becker-Fischer, M., Fischer, G. & Eichenberg, C. (2008). *Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten* (2., vollständ. überarb. Aufl.). Kröning: Asanger.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1997). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrg.), *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senoiren, Frauen und Jugend (Band 107)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. aktual. u. erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hinckeldey, S. & Fischer, G. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung*. München: Reinhardt.
- Tschan, W. (2001). *Missbrauchtes Vertrauen- Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen: Eine transdisziplinäre Darstellung*. Basel: Karger.
- Tschan, W. (2005). *Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen* (2., neu bearb. U. erw. Aufl.). Basel: Karger.

Kontakt

Dr. Christiane Eichenberg

Institut für Klinische Psychologie u. Psychologische Diagnostik, Universität zu Köln

Höninger Weg 115

D-50969 Köln

E-Mail: eichenberg@uni-koeln.de, Homepage: www.christianeeichenberg.de