

Theo Piegler

Macht, Ohnmacht und Machtmissbrauch in psychotherapeutischen Beziehungen

Power, Powerlessness and Abuse of Power in Psychotherapeutical Relations

Abstract Relationships with an asymmetrical set-up are prone to abuse. With psychotherapists this appears mainly as narcissistic abuse and – much more rarely – also as sexual abuse. From a systematic point of view perpetrator and victim are involved in a pattern of collusion based on misuse of power. Especially those with early developmental disorders are in danger of becoming perpetrators or victims in this misuse of power dilemma – whether as patients or as therapists. Victims as well as perpetrators need appropriate psychotherapeutic help. A step towards prevention would be to diminish the power-dependence-relationship at psychotherapeutic training institutes.

Keywords:

Psychotherapy; Psychoanalysis; Psychiatry; Power; Abuse of power; Powerlessness.

„Wenn Freud seine Tochter Anna analysiert und sie den schwerkranken Vater später viele Jahre lang pflegt, wenn ein Analytiker eine frühere Analysandin heiratet, scheint es mir naiv, allein aufgrund dieser äußeren Daten ein Urteil zu fällen.“

W. Schmidbauer (1997)

„Es ist unbestreitbar, dass die Analytiker in ihrer eigenen Persönlichkeit nicht durchwegs das Maß von psychischer Normalität erreicht haben, zu dem sie ihre Patienten erziehen wollen.“

S. Freud (1937)

Einleitung

In allen asymmetrisch konfigurierten zwischenmenschlichen Beziehungen sind Machtmissbrauch und Ohnmachtsgefühle systemimmanente Gefahren. Kommt es zum Missbrauch, dann werden dadurch oft Lebensläufe verändert, in jedem Fall aber wird großes Leid heraufbeschworen. In der Medizin sind Angehörige aller Berufsgruppen vor diesen Gefahren nicht gefeit (vgl. für die Pflege Warland, 2002). Im Folgenden wird die diesbezügliche Situation der Psychotherapeuten erörtert.

Therapeuten als Täter

Therapeutische Beziehungen sind entweder dyadisch strukturierte oder gruppendynamische Beziehungen, die sich zunächst einmal dadurch auszeichnen, dass der oder die Patienten diejenigen sind, die sich einer Krankheit „ausgeliefert“ und auf fachkundige Hilfe angewiesen fühlen, während sich der Psychotherapeut in der Rolle des wis-

senden, wenn nicht überlegenen Be-„Handlers“ befindet, an den große Heilungserwartungen gerichtet werden. Folge ist eine asymmetrische Beziehung, in welcher sich der Patient als der Unterlegene und der Therapeut auf Grund dieser von Erwartung und Idealisierung geprägten Dynamik ebenso wie infolge seiner fachlichen Ausbildung als der Überlegene fühlt. Es gibt psychotherapeutische Verfahren, die diese Asymmetrie fördern und bewusst in Kauf nehmen wie etwa die klassische Psychoanalyse. Dass diese Asymmetrie zur Basis therapeutischen Missbrauches werden kann, liegt auf der Hand (vgl. Jaeggi, 2002, S. 168 ff; Payk, 2000, S. 249 ff; Hafke, 1996, S. 136 ff).

„Die Geschichte der Psychoanalyse ist ... voll von solchen Beispielen, auch in bezug auf berühmte Psychoanalytiker der ersten und zweiten Generation“ (E. Jaeggi, 2002, S. 180). Am bekanntesten ist das Verhältnis von C.G. Jung mit der jungen russischen Medizinstudentin S. Spielrein geworden (Martynkewicz, 1999). Unmittelbar nach dem dramatischen Ende dieser Beziehung stürzte sich Jung in die nächste Affäre, diesmal mit seiner Analysandin Antonia Wolff, einer schweizer Psychiaterin. Über die Therapie hinausgehende sexuell erotische Kontakte hatten aber auch Ferenczi mit Gizella und Elma Palos (Kutzenbichler und Essers, 1991, S. 59 ff), Groddeck mit seiner Patientin Emmy von Voigt (ebd., S. 68 f), Wilhelm Stekel mit mehreren Patientinnen, desgleichen Viktor Tausk (ebd., S. 103/

Korrespondenz: Dr. med. Theo Piegler, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethesda-AK gGmbH, Bergedorf, Gojenbergsweg 30, D-21029 Hamburg, Deutschland.

Zusammenfassung

Asymmetrisch konfigurierte zwischenmenschliche Beziehungen sind anfällig für Missbrauch. Bei Psychotherapeuten zeigt dieser sich in erster Linie als narzisstischer Missbrauch, viel seltener auch als sexueller Missbrauch. Systemisch betrachtet sind Täter und Opfer in ein durch Machtmissbrauch geprägtes Kollisionsmuster involviert. Frühgestörte Menschen – gleich ob auf Therapeuten- oder Patientenseite – sind besonders anfällig Täter oder Opfer in diesem Machtmissbrauchs-Dilemma zu werden. Opfer wie Täter benötigen angemessene psychotherapeutische Hilfe. Präventiv wirkt der Abbau der Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in den psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten.

Schlüsselwörter:

Psychotherapie; Psychoanalyse; Psychiatrie; Macht; Machtmissbrauch; Ohnmacht.

104), Wilhelm Reich mit mehreren Patientinnen – er heiratete später seine Analysandin Annie Pink (ebd., S. 103), August Eichhorn mit Margaret S. Mahler (ebd., S. 104), Otto Rank und René Allendy mit ihrer Patientin Anäis Nin, Sándor Radó heiratete seine Patientin Emmy, Ernest Jones werden sexuelle Belästigungen an Kindern vorgeworfen, Frieda Fromm-Reichmann heiratete ihren Lehranalysanden Erich Fromm (ebd., S. 104), Harald Schultz-Henke heiratete die von ihm analysierte Frau eines Kollegen und Laura Perls hatte eine erotische Beziehung mit Paul Goodman (Hafke, 1996, S. 181).

In den letzten Jahrzehnten wird offen über Missbrauch in Psychotherapien gesprochen und geschrieben (Boysen, 1988; Anonyma, 1988; Hemminger und Becker, 1985; Bates und Brodsky, 1990; Blaise, 1990; Augerolles, 1991; Hensch und Teckentrup, 1993; Becker-Fischer und Fischer, 1996; Bühring, 2003), und zeitgleich kam es auch zu einer Verschärfung der strafrechtlichen Konsequenzen. § 174c StGB wurde novelliert. Sexueller Missbrauch in Therapien wird seit 1997 als Straftatbestand gewertet (Löwer-Hirsch, 1998, S. 16 f). In der Bundesrepublik Deutschland wird von jährlich zwischen 45 und 250 sexuellen Missbrauchsfällen innerhalb der von den Krankenkassen finanzierten Psychotherapien ausgegangen (Becker-Fischer und Fischer, 1995, Bachmann und Ziemert, 1995, siehe auch Hafke, 1996, S. 200–202). In großen amerikanischen Untersuchungen an 1000 Psychiatern und der gleichen Zahl an Psychologen räumten jeweils etwas über 12% der Befragten sexuelle Kontakte mit ihren PatientInnen ein (Kardiner et al., 1973; Holroyd und Brodsky, 1977, zit. n. Payk, 2000, S. 250).

Patienten als Täter

Bei therapeutischen Beziehungen haben wir es mit solchen zu tun, die zu Täter-Opfer-Beziehungen mutieren können. Systemisch betrachtet können nicht nur Therapeuten durch ihr Verhalten Therapien zum Scheitern bringen. Patienten können dies, wenn auch nicht wie Psychotherapeuten mit Zeichen äußerer Macht ausgestattet, gleichermaßen. Es geht hier um das bekannte Phänomen, dass Patienten durch ihr Verhalten Psychotherapien und damit letztlich ihre Psychothera-

peuten zum Scheitern bringen („kastrieren“) können. Dem Scheitern von Psychotherapien hat die Wissenschaft bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Vielleicht weil es so eng mit narzisstischer Kränkung verbunden ist. Der Ordinarius der Frankfurter Abteilung für Psychosomatik, Overbeck, hat 1997 den Fall eines schwer hypochondrischen Patienten literarisch aufgearbeitet. Sein Buch trägt den treffenden Titel „Der Koryphäenkiller“. Kuiper (1980, S. 138 ff) diagnostizierte bei schwer agierenden hysterischen Patienten ein „Therapeuten-Killer-Syndrom“. Franz (1994) hat sich mit destruktiven Phänomenen in Psychotherapien beschäftigt, die oft schon zu Beginn derselben auftreten. Er weist auf folgendes Phänomen hin: In der erwachsenen städtischen Allgemeinbevölkerung leiden ca. 26% an einer psychogenen Erkrankung, wenn man dies an einem beliebigen Stichtag untersucht (Prävalenz). Etwas weniger als die Hälfte davon, nämlich 11% sind so krank, dass sie sich eigentlich einer Psychotherapie unterziehen müssten. Die meisten von ihnen bekommen auch ein Psychotherapieangebot! Die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie liegt in der Allgemeinbevölkerung jedoch unter 1% (1-Jahresprävalenz). Franz kommt zu dem Schluss, dass sich der Narzissmus von Patienten schon zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung so destruktiv auswirken kann, dass die angebotene Psychotherapie nicht begonnen oder schon nach wenigen Sitzungen abgebrochen wird. Dies trifft in gleicher Weise sicher auch für das Scheitern von bereits länger laufenden Psychotherapien zu. Einen eindrucksvollen Fall destruktiven Agierens schildert Yalom in seinem Buch „Die rote Couch“ (1998). Freilich nimmt bei ihm die Geschichte der Patientin Carol dank einer geschickten Handhabung der Übertragungs/Gegenübertragungsprozesse einen guten Ausgang. In anderen Fällen – nämlich bei sehr früh gestörten Patienten („Psychopathen“) und Psychotikern – kommt es mitunter dazu, dass der Psychiater/Psychotherapeut seine Bemühungen sogar mit dem Leben bezahlen muss. Die Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, ist für Psychiater besonders hoch. Sie rangieren laut einer Untersuchung, die im amerikanischen *Journal JAMA* veröffentlicht wurde, an

vierter Stelle hinter Taxifahrern, Verkäufern an Nachtschaltern und Polizisten (Lamberg, 2000). Die deutsche Situation ist zwar noch nicht mit amerikanischen Verhältnissen vergleichbar, aber auch hierzulande mehren sich seit etwa 1998 Darstellungen und Analysen von Gewalt gegenüber Ärzten (Püschel und Cordes, 2001).

Macht, Ohnmacht und Missbrauch unter systemischen Aspekten

Vielfach wird bei Studien über Macht auf die Definition von Max Weber zurückgegriffen: „Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht“ (Weber, 1964, S. 38). Die systemische Sichtweise geht darüber hinaus und betrachtet Macht nicht als Eigenschaft eines Menschen, sondern als die einer Beziehungsform. In der therapeutischen Beziehung haben wir es mit einem System zu tun, das sich zirkulär wechselseitig bedingt. Um Machtstrukturen zu beschreiben, genügt deshalb die Frage nach dem Hauptentscheidungsträger nicht, sondern es ist zu fragen, „wer entscheidet, wer entscheidet“ (F. Simon, 1984). „So wie die Demonstration der eigenen Ohnmacht die eigene Macht verdeckt, so kompensiert eine Machtdemonstration eigene Ohnmachtsgefühle. In der Regel nehmen wir die Macht der Gegenseite wahr, d.h., wir verleugnen sie bei uns und projizieren sie auf ein Gegenüber. Doch existiert Macht nur als Beziehungsphänomen, d.h., Macht und Ohnmacht sind zwei Seiten einer ganzheitlichen Erscheinung und werden im Erleben auf die Beziehungspartner aufgeteilt. „Machtgefühl wäre ohne ein gleichzeitig im Hintergrund erlebtes Ohnmachtsgefühl gar nicht fühlbar“ (Moeller, 1982, S. 91). Nach Freud ist das Ich die eigentliche Stätte der Angst, aber auch nur das Ich kann Macht nach außen ausüben. Das Ich muss vermitteln zwischen der Macht des Über-Ichs, der Realität und der Triebe und den ausgelösten Ängsten (Gewissensangst, Realangst und Triebangst). Jede Machtausübung zeigt sich so als Wechselbeziehung zwischen innerem und äußerem Konflikt. So handelt der autoritäre Mensch aus dem Gefühl innerer Be-

drohtheit, um seine Angst zu bewältigen (Hafke, 1996, S. 48). Um diese komplexen Verhältnisse zu demonstrieren, habe ich meinen Beitrag mit der Gegenüberstellung beiderseitiger Täterschaft begonnen. Intention ist nicht die Bagatellisierung oder Verniedlichung missbräuchlichen Handelns durch Professionelle, erst recht nicht eine Mitschuldzuweisungen an die Opfer. Die Traumatisierung ist ungeheuerlich.

Es fällt auf, wie hypermoralisch und manchmal pharisäerhaft der öffentliche Diskurs über Missbrauch in der Psychotherapie geführt wird. Polarisierende und schuldzuschreibende Betrachtungsweisen greifen insofern zu kurz, als das individuelle und gesellschaftliche Unbewusste, das sich in diesen meist unglücklichen Inszenierungen und Entgleisungen zeigt, abgewehrt wird und verdunkelt bleibt. Ein wirklicher Verstehensprozess kann erst jenseits von Verurteilung und moralischer Überheblichkeit beginnen (Hafke 1996, S. 180 f). Und da ist der geschilderte systemisch/psychoanalytische Zugang sehr hilfreich. Zumal man davon ausgehen muss, dass wohl die meisten Übergriffe schleichend und nicht beabsichtigt entstehen. Machtmissbrauch resultiert letztendlich also aus den intrapsychischen Unzulänglichkeiten und Konflikten im Behandler, die in einem therapeutischen Milieu, gekennzeichnet durch Asymmetrie und durch Idealisierung und/oder erotisierende Übertragung auf Seiten des/r PatientIn, zum Entgleisen der Psychotherapie führen können. Patientenseitig ist alles an Verhalten erlaubt, was den Behandlungsvertrag nicht sprengt. Also auch das Inszenieren einer verführerischen Situation, da nur die Entfaltung der Übertragungsbeziehung Verstehen, emotionale Bearbeitung und eine korrigierende Neuerfahrung ermöglichen und damit den therapeutischen Prozess voranbringen (vgl. Yalom, 1998). In aus dem Ruder laufenden Therapien spielen oft kollusive Prozesse eine Rolle, deren Hintergründe den Beteiligten – trotz aufwändiger Ausbildung – in der Regel zunächst einmal weitgehend unbewusst sind. Da sich diese Abhandlung primär mit dem Anteil der Psychotherapeuten beschäftigt, ergibt sich aus dem Gesagten, dass die Persönlichkeit der Psychotherapeuten ebenso wie ihre maladaptiven Muster in Augenschein genommen werden müssen.

Versuch der Charakterisierung missbrauchender Psychotherapeuten

Eines der häufigsten Probleme von Psychotherapeuten ist – nach Hafke (1996, S. 74) –, dass sie zu schnell erwachsen werden mussten und angemessene Liebe und Wärme in ihrer Kindheit entbehrten. Ihr Selbstwertgefühl ist chronisch gestört, die Fähigkeit zu gleichrangigen Freundschaften unterentwickelt (s. Antons, 1987, S. 36). Mit „selbstloser“ Arbeit und Helfer, „wut“ wird versucht, den eigenen inneren Mangel auszugleichen und so Sicherheit und Anerkennung zu finden. „Verwundete Heiler sind pathologische Geber“ (Maeder, 1989, S. 25), die jedoch, aufgrund ihrer Unfähigkeit zu empfangen, schnell innerlich ausbrennen bzw. eine „Fassade der Wohltätigkeit aufrechterhalten“ (ebd., S. 25) und innen viel Wut und Bitterkeit anstauen. Roth zitiert aus einer Untersuchung von Fürstenau, dass diese Therapeuten für sich selbst die Arbeit als bevorzugte Lebensform wählten mit allen destruktiven Folgen, nämlich hoher psychischer Erkrankungsrate, hohem Scheidungsrisiko und hohem Suizidrisiko (Roth, 1993, S. 17). Schmidbauer (1992) spricht in diesem Zusammenhang von den „hilflosen Helfern“, und Jaeggi (2001) kleidet das Phänomen in die etwas sarkastische anmutende Frage: „Und wer therapiert die Therapeuten?“

Das zentrale Problem von Therapeuten, die zu Tätern werden, scheint also ein narzisstisches zu sein. Ihr narzisstischer Machtmissbrauch ist nicht nur häufig, sondern oft subtil und schwer fassbar. Der demgegenüber viel seltener sexuelle Missbrauch stellt eine Variante narzisstischen Missbrauchs dar, in der die Verwicklung und das Ausagieren unbewusster Abhängigkeiten seitens des Therapeuten dagegen sehr deutlich sichtbar werden.

Becker-Fischer und Fischer (1991) haben aufgrund einer empirischen Untersuchung zwei „Tätertypen“ unterschieden: den Wunscherfüllungs- und den Rachetypus. Geht es bei ersterem um Harmoniesuche und Verschmelzungswünsche (oft kompensatorisch zu privaten Schwierigkeiten), liegt dem Rachetypus ein verborgener Frauenhass zugrunde, der sich mit Größen- und Rettungsphantasien maskiert.

Puissance, impuissance et abus de pouvoir dans les relations en psychothérapie

Resumé Dans toutes les relations humaines à configuration asymétrique, l'abus semble avoir une place de choix. Par conséquent on retrouve l'abus dans chaque branche professionnelle du monde médical. Chez les psychothérapeutes, il arrive en première ligne ; bien que difficile à concevoir et très répandu, c'est un abus narcissique. L'abus sexuel, bien que plus rare mais attirant toutefois plus l'attention, en est une variante. L'histoire de la psychanalyse pullule d'exemples. En Allemagne fédérale, on dénombre annuellement entre 45 et 250 cas d'abus sexuels dans le cadre de psychothérapies financées par l'assurance maladie. La levée des tabous à ce sujet a permis un renforcement de mesures de répression pénale en Allemagne fédérale. Dans l'amendement au § 174c du Code Pénal, l'abus sexuel lors d'une thérapie est considéré comme un acte délictueux. D'un point de vue systémique, l'auteur de l'infraction et sa victime sont impliqués dans un modèle type de collusion dans lequel, inconsciemment, la force présumée du thérapeute se révèle être sa propre faiblesse. La biographie de psychothérapeutes ayant abusé de leurs patients démontre qu'étant devenus adultes trop rapidement, ils ont été dépourvus dans leur enfance d'amour et de chaleur humaine. Il en résulte une fragilité dans leur confiance en leur propre valeur qui doit être stabilisée par une attitude altruiste d'aide à autrui. Il est difficile pour ces thérapeutes de reconnaître leur désir de symbiose vis-à-vis de leurs patients et d'imposer des limites claires et précises. Ils provoquent indubitablement le fait que leurs patientes s'éprennent d'eux, car ils laissent sous-entendre qu'ils sont le partenaire idéal. La problématique de ce narcissisme se manifeste également dans le cadre de leur vie privée. Leur personnalité

spécifique les pousse inconsciemment à choisir ce type de patientes en thérapie, au travers desquelles ils recherchent une stabilité. Finalement, que ce soit du côté de l'auteur ou de celui de la victime, ce sont les deux faces de la seule et même médaille qui sont représentées. Dans certains cas, les soi-disant victimes peuvent même devenir des criminels. La probabilité de se faire tuer sur son lieu de travail est particulièrement élevée chez les psychiatres. D'après une étude publiée dans le journal de médecine américain JAMA ces derniers occupent la quatrième place derrière les conducteurs de taxi, les commerçants de nuit et les policiers. Toutes les personnes ayant été perturbées durant leur enfance, que ce soit du côté du patient comme de celui du thérapeute, sont particulièrement disposées à devenir un coupable ou une victime dans le dilemme de l'abus de pouvoir. Les victimes autant que les auteurs ont besoin d'une aide psychothérapeutique appropriée qui ne doit pas se baser sur une pérennité du clivage: abuseur / victime. Les relations de puissance et de dépendance dans les instituts de formation en psychothérapie sont encore courantes. Cela entraîne la création d'un 'faux soi' chez le thérapeute et non pas le développement de son autonomie, ce qui lors des thérapies peut se manifester sous forme de relations abusives. Une mûre réflexion sur ce type de relations et une réforme dans les rapports avec les candidats à la formation en vue d'instaurer une cohabitation respectueuse, égalitaire et adulte pourront les protéger de débordements abusifs dans l'exercice de leur fonction de thérapeutes. Une supervision empreinte de respect et de confiance et/ou un contrôle interne sont les éléments indispensables d'une assurance de qualité en psychothérapie et en psychiatrie.

In einer empirischen Untersuchung von Reimer (1991, S. 179 f) wurden folgende Problembereiche von „hilflosen Helfern“ deutlich:

- Symbiosewünsche gegenüber Patienten, meist gekoppelt mit einer Unfähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren und klare Grenzen zu ziehen.
- Unrealistische Veränderungswünsche und Probleme mit der zeitlichen Limitierung der Therapie. Tricks und Eingriffe dienen dazu, den Patienten oft gewaltsam zu öffnen und zu manipulieren; die sinnvolle zeitliche Begrenzung wird außer Kraft gesetzt und die Abwehr der Patienten unterlaufen.
- Idealisierungswünsche und narzisstische Bedürftigkeit des Therapeuten. Diese Therapeuten erwarten geradezu, dass sich die Patientin in sie verliebt, denn sie vermitteln der Patientin, dass sie „fraglos der beste Mensch seien“. Der Schritt zum sexuellen Missbrauch liegt hier sehr nahe.
- „Gegenübertragungshass“: Wenn Therapeuten auf Übertragungsan-

griffe und Hassgefühle der Patienten eigene Hassgefühle entwickeln und Entwertung agieren, wenn sie Provokationen persönlich nehmen, scheiden sie als stabiles, belastbares Gegenüber aus. Reimer schreibt, dass gerade narzisstische Probleme des Therapeuten häufig das Angriffsziel seitens „zutiefst enttäuschter“ Patienten bilden, um seine Belastbarkeit zu testen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bevorzugt männliche Therapeuten für Übergriffe anfällig sind, und zwar solche, die in einer persönlichen Lebenskrise stecken, sehr bedürftig, labil und einsam sind, die sexuelle Probleme haben, die über ihre psychische Disposition im Unklaren sind, die Selbstwertprobleme haben und die ein ungeklärtes Verhältnis zum anderen Geschlecht haben.

Kontratherapeutische kollusive Prozesse

Gewinn an Macht und Autorität helfen den charakterisierten Psychotherapeuten, die eigenen Schwächen und Verlet-

zungen zu kompensieren. Bei dieser Verdrehtheit wird der Patient leicht das Opfer, mit dessen Hilfe der Therapeut sich in verborgener Weise selbst behandelt. Der Patient wird zur Befriedigung eigener Größenphantasien missbraucht. Oft kommen Patienten mit einer Opferrolle in die Therapie und geschützt durch das äußere Setting werden dem Therapeuten seine eigenen schmerzhaften Wahrheiten erspart. Ausdruck einer solchen Kollusion ist z.B. die Annahme, der Patient sei nur krank und der Therapeut hätte nur „gesunde“ Anteile. Diese Haltung betrügt unbewusst die eine Seite um die ihr eigenen Stärken, die andere um die ihr eigenen Schwächen. Eine solche Rollenzuschreibung verdeckt leicht die Realität, dass nämlich der Patient unbewusst als Therapeut fungiert, der Therapeut aber als Patient. Eine derartige Verschwörung kann durchaus hilfreiche Effekte haben – allerdings nur für den Therapeuten!

Allmächtsphantasien können sich in therapeutischen Beziehungen sehr leicht inszenieren. Die Bewunderung und Hilfsbedürftigkeit seitens des Patienten wecken im Therapeuten leicht ein

übersteigertes Gefühl von eigener Wichtigkeit, Macht, Unverzichtbarkeit und Gebrauchtwerden. Dieses kann den gesamten therapeutischen Prozess vergiften und als unerkannter Missbrauch die Leiden des Patienten verfestigen.

Willi behauptet, dass Therapeuten sich ihre Patienten nach ähnlichen Gesichtspunkten aussuchen, wie auch Lebenspartner gewählt werden. Das fördert natürlich sehr ein unbewusstes Zusammenspiel, durch welches interpersonal eine psychische Stabilisierung erreicht werden soll. Gerade in länger andauernden Therapien entsteht ein starker Hang zu solchen Kollusionsbildungen zwischen Patient und Therapeut. Beide „drohen sich auf ein bestimmtes Beziehungsmuster einzuspielen, das durch gemeinsame blinde Flecken gekennzeichnet ist“ (Willi 1975, S. 253).

Eine typische narzisstische Kollusion entsteht da, wo der Therapeut sich als „idealisiertes Selbst“ und Identifikationsfigur anbietet. Der narzisstische Therapeut sieht seine Patienten als Ausstülpung seiner selbst an und phantasiert Heilung als Einverleibung in das eigene (Größen-)Selbstbild. Der Patient soll niemand anderen als den Therapeuten brauchen und möglichst seine eigene Individualität aufgeben. Der Therapeut fördert Idealisierungen und der Patient soll nur das und so ausprobieren, was und wie es der Therapeut an seiner Stelle getan hätte, keine eigenen oder gar abweichenden Gedanken haben oder beginnen, sich vom Therapeuten zu differenzieren. Wenn der Therapeut seine eigenen Normen in Frage gestellt sieht, fühlt er sich schnell angegriffen, persönlich entwertet und nicht in der Lage das Verhalten als Übertragungsphänomen zu verstehen und zu hinterfragen.

Der schizoide Therapeut strebt Heilung durch empathisch harmonisches Verständnis an, befürchtet dabei aber den Verlust der eigenen Identität. Dieser Angst wird über die Phantasie gegenseitiger Ähnlichkeit („gleiche Wellenlänge“) begegnet. Im Gespräch zeigt er oft eine Detektivhaltung, die es dem Patienten schwer macht, Vertrauen zu schöpfen und die ihm selbst die unbewusst erwünschte Distanz erhält. Aufkommende Übertragungen werden aus Sorge vor Identitätsverlust sofort deutend im Keim erstickt. Ausgezeichnete Intuition birgt die Gefahr der Grenzver-

letzung gegenüber dem Patienten. Oft unterschätzt der Therapeut die Wichtigkeit des Umsetzens von in der Therapie gewonnenen Erkenntnissen wie auch die Detailarbeit, denn für ihn ist Verständnis das wichtigste.

Der depressive Therapeut strebt die Heilung seines Patienten über eine versorgende Beziehung an und hat über diese teil am Leben des Patienten. In einer oralen Kollusion stellt er sich als unerschöpflich nährend Mutter zur Verfügung und nimmt seine Patienten als Ersatzkinder unter seine Fittiche. Er gibt eher zuviel als zu wenig. Wegschicken fällt ihm schwer. Immer befürchtet der Therapeut die Trennung vom Objekt, nämlich dass der Patient ohne ihn auskommt. Deshalb ist er ein schlechter Lehrer in der Vermittlung des aktiven Parts der Patientenrolle. Schließlich hält er die Beziehung für das Heilende, und dazu passt es nicht, dass der Patient in und außerhalb der Stunde eigene Kompetenzen erwirbt und anwendet. Dafür erhält der Patient viel Wärme und Zuwendung. Entsprechend scheut er auch die Konfrontation, denn auch durch diese könnte er die Liebe des Patienten verlieren. Die aggressiven Seiten der Beziehung werden deshalb verleugnet. Einsichten, aus denen Trennung resultieren könnte, werden zurückgehalten.

Der zwanghafte Therapeut bekämpft im Patienten willkürliche und chaotische Anteile. Macht spielt eine elementare Rolle, der Therapeut ist der, der weiß, was für den Patienten „richtig“ ist. In der sich daraus ergebenden analen Kollusion versucht er also möglichst viel Macht und Kontrolle über den von ihm ganz abhängigen Patienten auszuüben. Der Therapeut ist streng mit dem Patienten, insbesondere dessen spontanen Seiten. Die Normen des Therapeuten sind die „richtigen“, woraus resultiert, dass er Mühe hat, sich in das Normensystem eines anderen hineinzu-denken oder es gar als gleichwertig zu akzeptieren. Alles muss in der Therapie vorbesprochen werden, sonst entstünde Chaos.

Der phobische Therapeut befürchtet mögliche Willkürimpulse und lässt sich deshalb in dem, was er tut, von seinen Patienten steuern. In seinem Handeln fühlt sich der Therapeut auf den Patienten als steuerndes Objekt angewiesen. Er scheut die Konfrontation, selbst dann, wenn die Normen des Patienten ganz offensichtlich pathologische Qualitäten

haben. Im Verlauf der Therapie hält er den Patienten ängstlich zurück oder erwartet von ihm kontraphobisch mehr Mut, als dieser aufbringen kann.

Der hysterische Therapeut stellt eine phallische Kollusion her und versucht, sich in seiner Geschlechtsrollenidentität bestätigen und bewundern zu lassen, indem er z.B. möglichst viele Patientinnen in sich verliebt macht. Er wehrt sich gegen feste Ordnung und betont stattdessen die Spontaneität. Für den hysterischen Therapeuten ist „Durcharbeiten“ zu mühsam und zu eintönig. Er ist der Meinung, dass er dem Patienten doch gesagt hat, wie es geht und deshalb dieser es auch schon können müsste.

Willi verweist noch auf eine ganz andere Missbrauchsfacette der therapeutischen Zweiersituation, nämlich die Kollusion gegenüber Dritten, seien es andere therapeutische Schulen oder Angehörige des Patienten. Konzentriert sich der Therapeut auf die Gegenübertragung zum Patienten, werden oft negative Reaktionen und Aggressionen auf die Angehörigen verschoben. Übrigens ein Prozess, den man auch oft bei in der Psychiatrie Tätigen beobachten kann. „Die Angehörigen werden ... als übertragungsmäßiges Freiwild gehalten. Man darf sie beliebig abschießen. Es schmeichelt manchem Therapeuten, sich den Angehörigen gegenüber als überlegen, mutig, stark und erfolgreich zu fühlen“ (Willi, 1975, S. 253). Willi sieht in dieser Dreieckskonstellation eine späte Rache für frühe ödipale Kränkungen.

Um die wechselseitigen Verstrickungen besser zu verstehen, kann man natürlich eine Charakterisierung der Opfer nicht übergehen. Da sich in der Therapie bei bestimmten Patienten frühe Erfahrungen reinszenieren, gelten Frauen, deren seelische und körperliche Grenzen bereits in früher Kindheit verletzt und übergangen wurden, als besonders gefährdet, also Frauen mit Inzest- oder Suchtproblematik oder einer Borderlinestörung. Süchtige Frauen betteln geradezu um Liebe und bieten sich als Liebesobjekte an. Bei Borderline-Patientinnen ist dies ähnlich. Extrem verwahrloste Kinder werden als Erwachsene wahllos jede Art von Aufmerksamkeit annehmen; Frauen, deren Gefühle und Mitleid von den Eltern egoistisch ausgenutzt wurden, werden sich leicht immer wieder in ausbeuterische Kollusionen verwickeln lassen. Das Opferpro-

fil lässt sich (n. Hafke, 1996, S. 225) folgendermaßen skizzieren: Es sind Frauen, die einen ausgeprägten Mangel an Selbstwertgefühl zeigen, eine Tendenz zur Selbstentwertung haben, sozial ängstlich und zurückgezogen sind, depressive Stimmung, chronische Gefühle von Hilflosigkeit und Abhängigkeit zeigen, den Therapeuten überidealisieren und eine enge Vaterbindung sowie eine nicht erreichbare, zurückweisende Mutter hatten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die beschriebene Art von weiblichem Masochismus wie ein Schloss zum Schlüssel der Therapeuten, nämlich deren Retter- und Heldenphantasien passt, also den Stoff darstellt, aus dem diese pathologischen Kollusionen gewoben sind. Hafke (1996, S. 227) bringt es auf den Punkt, wenn sie schreibt, „dass, je weniger die jeweiligen Autonomiebereiche und beiderseitigen Abhängigkeiten gespürt werden, desto mehr werden sie sich in der tradierten Rollenkonstellation unbewusst inszenieren: beim Therapeuten als Erlösungsangebot und Größenphantasie, bei der Patientin möglicherweise als kleines hilfloses Mädchen oder als verführerische Tochter.“ Dabei spiegelt die Dynamik der Macht innerhalb einer therapeutischen Beziehung selbstverständlich Szenarien und Missbrauchssituationen, wie sie für unsere männerdominierten Gesellschaft typisch sind.

Hoch problematisch ist im Kontext des Themas die Entwicklung der Psychoanalyse. Schmidt-Hellerau (2002) äußert im Zusammenhang mit der aktuellen Situation in den Vereinigten Staaten, dass dort derzeit – fast im Sinne einer Spaltung – 2 große Richtungen eine Rolle spielen, die Ich-Psychologie und die Beziehungsanalyse. Bekanntester Vertreter der letzteren ist momentan Owen Renik, der folgende Auffassung vertritt: „Statt den Analytiker als Chirurg oder reflektierenden Spiegel zu verstehen, könnte unsere Leitmetapher der Analytiker als Skiläufer oder Surfer sein – jemand, der sich zugesteht, dass mächtige Kräfte auf ihn einwirken, wissend, dass diese eher zu handhaben und zu zähmen als vollständig zu kontrollieren sind. Natürlich sind die Kräfte, mit denen ein Analytiker zu kämpfen hat, innere Kräfte. In diesem Sinne sollten wir uns eine effektive klinische psychoanalytische Praxis vielleicht als etwas vorstellen, das einem guten Sex nicht

unähnlich ist, insofern das erwünschte Ergebnis nur dann erreicht werden kann, wenn in gewissem Maße die Selbstkontrolle als Ziel aufgegeben wird.“ (Renik 1993, S. 565).

Auswege aus dem Missbrauchs-dilemma

Eine moralische Verurteilung der Täter und „Gutsprechung“ der Opfer hält die innerseelische Spaltung im Täter-Opfer-System aufrecht. Eine Jagd auf den Täter ist für die Missbrauchten kontraproduktiv, denn sie perpetuiert die Trennung vom (pathologischen) Introjekt und zerstört in dieser Spaltung auch die ambivalenten und guten Gefühle, die ja zunächst in den anderen hineinverlagert waren. Dadurch wird eine wichtige Möglichkeit zur Grenzfindung vereitelt. Gute Grenzen entstehen nur dort, wo sich das „Gute“ und das „Böse“ vereinen dürfen, denn wer sich abgrenzen kann, hat die Opferrolle verlassen. In der Therapie muss es also um die Integration von nicht gelebten Persönlichkeitsanteilen, also „die Schattenintegration“ gehen. Langfristig gilt es die innere und äußere Spaltung in Täter-Opfer aufzulösen und als Gesamt-szene zusammengehörig zu verstehen. Andernfalls bleibt ein Pol ausgelagert und muss im anderen gesucht, geliebt oder bekämpft werden.

Nach entgleisten therapeutischen Prozessen brauchen Opfer und Täter Hilfe und Verständnis. Von ausgebildeten Psychotherapeuten wird allerdings die Notwendigkeit weiterer Selbsterfahrung und von Supervision oder Intervention oft als Kränkung erlebt, und zwar umso mehr, je weniger Abhängigkeitsstrukturen in der Ausbildung bearbeitet werden konnten. Prophylaktisch könnte sich eine Reform der gegenwärtigen Weiterbildungsgepflogenheiten auswirken, in denen unausgesprochene Macht- und Unterwerfungsrituale eine große Rolle spielen. Zögerlich wird – auch von renommierten Analytikern wie Kernberg (Kernberg, 1994, S. 501 f) – begonnen dies zu diskutieren. Speier (1983, S. 106) vergleicht den institutionalisierten psychotherapeutischen Ausbildungsgang und die Berufszulassung mit „Anpassungs- und Unterwerfungsritualen. ... Ist der Kandidat dazu bereit, darf er die Gewissheit haben, eines Tages selber „dazuzugehören“. Aber er darf nicht ... die Frage stellen, unter

welchen erniedrigenden Umständen er ... Analytiker geworden ist“ (vgl. auch Rieber-Hunscha, 1996).

Je weniger Dozenten fähig sind, Konflikte auch auf der Erwachsenen-Begegnungsebene anzusprechen und reale Differenzen sowie das Machtgefälle zwischen Erwachsenen zum Thema zu machen, desto größer ist die Gefahr, dass Ausbildungskandidaten eine kompensatorische Persönlichkeit entwickeln, ein neues „falsches Selbst“, das seismographisch erspürt, was der andere braucht und erwartet, um die Ausbildung erfolgreich zu absolvieren. Auf der Strecke bleiben Gefühle der Ohnmacht, Verletztheit und des Schmerzes, die sich unbewusst andere Wege der Inszenierung suchen werden. So weist Wirbel darauf hin, dass die „Arroganz“ mancher Therapeuten „sich gegen jene Anteile der Klienten (richtet, C.H.), die die Therapeuten in ihrer eigenen Analyse unberücksichtigt gelassen haben“ (Wirbel, 1987, S. 418, zit. n. Hafke, 1996). Berechtigter Widerstand der Klienten oder Ausbildungskandidaten wird dann leicht als Mangel an Einsicht oder Trotz gedeutet bis hin zur Etikettierung mit diagnostischen Kategorien (z.B. Borderliner). Die Definitionsmacht der Ausbilder gekoppelt mit dem Anpassungsdruck durch die Ausbildungsgruppe kann alte Verletzungen verfestigen bis hin zur Selbststigmatisierung (s. Wirbel, 1987, S. 416). Hafke (1996, S. 241) fordert zu Recht, dass nach Wegen gesucht werden muss, „wie die tabuisierten Themen Macht und Sexualität in den Ausbildungsgängen Raum finden, damit sie sich nicht auf destruktive Weise kompensatorisch außerhalb oder später im therapeutischen Rahmen inszenieren müssen.“

Zusammenfassung

In allen zwischenmenschlichen Beziehungen, die asymmetrisch konfiguriert sind, kommt Missbrauch durch scheinbar Überlegene vor. Dementsprechend findet man Missbrauch bei allen Berufsgruppen im Bereich der Medizin. Bei Psychotherapeuten kommt Missbrauch in erster Linie – schwer fassbar und weit verbreitet – als narzisstischer Missbrauch vor. Eine Variante ist der viel seltenere sexuelle Missbrauch, der allerdings mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht. Systemisch betrachtet, sind Täter und Opfer in ein durch Machtmiss-

brauch geprägtes Kollisionsmuster involviert, bei welchem sich – intrapsychisch – die vermeintliche Stärke des Therapeuten als dessen Schwäche entpuppt. Täter- und Opferseite entsprechen letztlich den beiden Seiten ein- und derselben Medaille. In bestimmten Fällen können die scheinbaren Opfer auch zu Tätern werden. Frühgestörte Menschen – gleich ob auf Therapeuten- oder Patientenseite – sind besonders anfällig Täter oder Opfer in diesem Machtmissbrauchs-dilemma zu werden. Opfer wie Täter benötigen angemessene psychotherapeutische Hilfe, die nicht in einer Perpetuierung der Opfer-Täter-Spaltung bestehen kann. Macht-Abhängigkeitsverhältnisse sind in psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten bisher gang und gäbe. Reflexion und Reform des Umgangs mit den Ausbildungskandidaten könnten diese in ihrer späteren Tätigkeit besser vor missbräuchlichen Entgleisungen ihrer Therapien schützen. Vertrauensvolle Supervision und/oder Intervision sind unverzichtbare Elemente der Qualitätssicherung in Psychotherapie und Psychiatrie (Metzner und Piegler, 2001).

Autor

Dr. Theo Piegler, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin ist seit 1988 als Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bethesda-Allgemeines Krankenhaus gGmbH, Bergedorf in Hamburg tätig. Sein Interesse gilt der psychodynamischen Psychiatrie. Hierzu gibt es von ihm eine Reihe einschlägiger Publikationen. Er ist Mitbegründer der „Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie“ (NAPP) sowie Dozent und Lehrtherapeut der „Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V.“ (APH) sowie Vorstandmitglied des regionalen psychosozialen Trägervereins „Der Begleiter e.V.“ und des „Fördervereins des Therapiezentrum für Selbstmordgefährdete (TZS) e.V.“ am Universitätsklinikum Hamburg.

Literatur

Anonyma (1988) Verführung auf der Couch. Eine Niederschrift. Kore, Freiburg
 Antons K (1987) Die private Misere der Helfer. Psychologie heute 14: 36–45

- Augerolles J (1991) Mein Analytiker und ich. Tagebuch einer verhängnisvollen Beziehung. Fischer, Frankfurt/M
 Bachmann KM, Ziemert B (1998) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. In: Baer R (Hrsg) Themen der Psychiatriegeschichte. Thieme, Stuttgart
 Bates CR, Brodsky AM (1990) Eine verhängnisvolle Affäre. Junfermann, Paderborn
 Becker-Fischer M, Fischer G (1991) Täterprofile. Vortrag in der Universitätsklinik Bern am 22.11.1991. Unveröffentlichtes Manuskript
 Blaise M (1990) „Du hast es doch gewollt!“ – Zum Problem ambivalenter Gefühle von Frauen, die sexuellen Übergriffen durch ihren Psychotherapeuten ausgesetzt sind. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 22: 361–366
 Boysen G (1988) Haut über Kopf. Erfahrungen mit einer Psychoanalyse. Der emotionale Aufschrei einer Betroffenen. Goldmann, München
 Bühring P (2003) Tabuisierung fördert die Täter. Dtsch Ärzteblatt 100: B 18–B 20
 Franz M (1994) Die Ablehnung psychotherapeutischer Hilfe – empirische Konturen eines destruktiv-narzißtischen Phänomens. Psychoanalyse 10: 175–187
 Freud S (1983) Die endliche und unendliche Analyse. GW, Bd. XVI. Fischer, Frankfurt
 Hafke C (1996) Macht, Ohnmacht und Machtmißbrauch in therapeutischen Beziehungen. Leske und Budrich, Opladen
 Hemminger H, Becker V (1985) Wenn Therapien schaden. Rowohlt, Reinbek
 Hensch T, Teckentrupp G (1993) Schreie lautlos: Mißbrauch in Therapien. Kore, Freiburg
 Jaeggi E (2002) Und wer therapiert die Therapeuten? Klett-Cotta, Stuttgart
 Kardiner SH, et al (1973) A survey of physicians attitudes and practice regarding erotic and nonerotic contact with patients. Am J Psychiatry 130: 1077–1081
 Kernberg O (1994) Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse. Psyche 48: 483–508
 Krutzenbichler H, Essers H (1991) Muß denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers. Psychosozial, Bad Berleburg Göttingen
 Kuiper PC (1980) Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre. Huber, Stuttgart
 Lamberg L (2000) Best tactic for clinician safety: be prepared. JAMA 284: 553–554
 Löwer-Hirsch M (1998) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
 Maeder T (1989) Die Therapeuten: verwundete Heiler. Psychologie heute 16: 20–27
 Martynkewicz W (1999) Sabina Spielrein und Carl Gustav Jung – eine Fallgeschichte. Rowohlt, Berlin
 Metzner S, Piegler T (2001) Qualitätsmanagement im Spannungsfeld von Professionalisierung und Kostenreduzierung in der psychodynamischen Psychiatrie. Psychother Forum 9: 126–130
 Moeller ML (1982) Sich selbst überleben. Kursbuch 70: 71–99. Rotbuch, Berlin
 Overbeck G (1997) Der Koryphäenkiller. Suhrkamp, Frankfurt/M
 Payk T (2000) Psychiater. Kohlhammer, Stuttgart
 Püschel K, Cordes O (2001) Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. Dtsch Ärzteblatt 98: 153–157
 Reimer C (1991) Schwierige Patienten und ihre Therapeuten. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 35: 173–181
 Renik O (1993) Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanal Quart 62: 553–571
 Rieber-Hunscha I (1996) Zerreißproben. Psychosozial, Gießen
 Roth JK (1993) Neue Lebensformen: Herausforderung für Psychotherapeuten. Psychologie heute 20: 16–17
 Schmidbauer W (1997) Wenn Helfer Fehler machen. Rowohlt, Reinbek
 Schmidt-Hellerau C (2002) Überlegungen zur gegenwärtigen amerikanischen Psychoanalyse. Psyche Z Psychoanal 56: 657–686
 Simon FB (1984) Wer entscheidet, wer entscheidet? Macht und Ohnmacht in Beziehungen. Psychologie heute 11: 29–33
 Speier S (1983) Gedanken zur Ausbildung oder: Wie man Analytiker wird. In: Lohmann H-M (Hrsg) Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Qumran, Frankfurt/N S 104–110
 Steinert T, Beck M, Vogel WD, Wohlfahrt J (1995) Gewalttätige Patienten – ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? Nervenarzt 66: 207–21
 Warland U (2002) Aspekte von Macht und Ohnmacht des ambulanten Pflegesektors in der Bundesrepublik Deutschland. Diplomarbeit id Ev Fachhochschule Bei Publikation in Vorbereitung
 Weber M (1964) Wirtschaft und Gesellschaft. Mohr, Tübingen
 Willi J (1975) Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek
 Wirbel U (1987) Die Sehnsucht nach Vollkommenheit. Zur Psychoanalyse d Heldenverehrung. Psychosozial 13: 4C 423
 Yalom I (1998) Die rote Couch. Goldmar München