

Zwei unterschiedliche Haltungen im Umgang mit dem Inzest-tabu in der Psychotherapie – ein medizinethischer Essay

Dr. med. Manfred Dreier, 15.03.2019

Einleitung

Patientinnen und Patienten werden durch entsprechende Artikel im Strafgesetzbuch und durch die ärztliche Berufsethik (Eid des Hippocrates, Standesregeln) vor seelischer, materieller oder sexueller Ausnutzung geschützt. Ich untersuche in diesem Essay die Fragestellung, ob in der Psychotherapie Verbote und Richtlinien, die darüber hinaus aufgestellt werden, eine therapeutische Beziehung vor Missbrauch schützen, oder ob sie im Gegenteil dem Gelingen der Therapie im Wege stehen. Ich werde zwei Standpunkte herausarbeiten: Vertretern des ersten Standpunktes sind Befürworter von zusätzlichen Gesetzen und Richtlinien und wollen damit erreichen, dass Missbrauch in der Therapie vorgebeugt, verhindert und bestraft werden kann. Vertreter des zweiten Standpunktes sehen diese Gesetze und Richtlinien ursächlich mitbeteiligt an der Entstehung von Missbrauch und Übergriffen. Sie plädieren dafür, dass einem Arzt nicht über den Weg von Verboten, sondern durch Anleitung und Unterstützung im Wahrnehmen und Erforschen seiner eigenen Tabus und des daraus resultierenden Handelns eine Orientierung gegeben werden soll.

Die Arzt-Patient-Beziehung unterscheidet sich – zumindest zu Beginn – grundlegend von derjenigen zwischen zwei Menschen, die sich auf privater Basis treffen. Darin stimmen gesunder Menschenverstand und geschulter Fachverstand überein. In privaten Beziehungen ist es das gegenseitige Interesse, das zwei Menschen zusammenführt. Die beteiligten erwachsenen Personen handeln die Beziehungsmotive und die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Beziehung selbstbestimmt aus. Im Unterschied dazu ist in einer therapeutischen Beziehung das Beziehungsmotiv die Erwartungshaltung des Patienten auf eine Heilung oder Linderung seines Leidens. Es besteht hier also eine Asymmetrie. Die Hilfsbedürftigkeit kann den Patienten in eine Abhängigkeit dem Arzt gegenüber führen. Geht man davon aus, dass ein solcher hilfeschuchende Patient nicht in gleichem Masse wie der Arzt für seine Rechte

und seinen Schutz einstehen kann, ist zu verstehen, dass Vertreter des ersten Standpunktes Gesetze und Richtlinien befürworten, um den Patienten zu schützen.

Um den zweiten Standpunkt genauer zu erläutern, muss man tiefer in die psychoanalytische Theoriebildung blicken. Sigmund Freud erkannte, dass ein Kind von frühester Entwicklung an libidinöse Gefühle hat und sexuelle Anziehung und Erregung erlebt. Im Alter von 4-6 Jahren richten sich diese speziell auf den gegengeschlechtlichen Elternteil. Es ist in nahezu allen Kulturen der Welt verbreitet, dass einem Kind beigebracht wird, dass diese Gefühle nicht in den nahen Verwandtschaftsbeziehungen wahrgenommen oder ausgelebt werden dürfen. Dem Kind wird dies über den Mechanismus der Tabuisierung beigebracht. Das Kind erlebt eine Spaltung zwischen den Gefühlen, die offensichtlich da sind, und der fehlenden Ansprache und Resonanz im Erwachsenen. Das ist das Inzesttabu. Spätestens mit dem Aufkommen der Geschlechtsreife wird das Kind vom gegengeschlechtlichen Elternteil endgültig zurückgewiesen, aus Scham des Erwachsenen vor seiner eigenen sexuellen Erregung und aus Angst, einen Missbrauch zu begehen. Da dies ohne bewusste Kommunikation passiert, kann es für das Kind unverständlich bis hin zu traumatisierend sein. Je stärker die Tabuisierung war, desto stärker bleiben inzestuöse Wünsche bestehen und können sich gar in pädophile Neigungen niederschlagen. Viele psychische Erkrankungen sieht man als Ergebnis von Störungen in der ödipalen Phase.

In einer Psychotherapie werden Liebesübertragungen und sexuelle Anziehung reaktualisiert auf den Therapeuten wahrgenommen. Die Therapie führt durch die Aufdeckung und Bearbeitung dieser inzestuösen Beziehungswünsche. Schon vor über 100 Jahren erkannte Freud die Zwickmühle, die sich für Therapeuten aus dieser Situation ergibt, einerseits die libidinösen Wünsche ans Licht zu holen und andererseits nicht mit persönlichen Wünschen auf die Liebesübertragung zu reagieren. Freud weigerte sich aber, daraus ein Verbot oder eine Moralvorschrift zu formulieren. Man könne ja leicht erwarten, dass er (Freud) postuliere, dass ein Arzt die ihm angebotene Zärtlichkeit zurückweisen soll und dass er bei der Klientin erreichen soll, dass sie von ihrem Verlangen ablasse. *„Ich werde aber diese Erwartungen nicht erfüllen, weder den ersten noch den zweiten Teil derselben. Den ersten nicht, weil ich nicht für die Klientel schreibe, sondern für Ärzte, die mit ernsthaften Schwierigkeiten zu ringen haben, und weil ich überdies hier die Moralvorschrift auf ihren Ursprung, das*

heisst auf Zweckmässigkeit zurückführen kann.“¹ Und weiter: „Noch entschiedener werde ich aber dem zweiten Teile der angedeuteten Erwartung absagen. (...) Man hätte ja dann das Verdrängte nur zum Bewusstsein gerufen, um es erschreckt von neuem zu verdrängen.“ Freud schreibt also, dass er in Sachen Liebesübertragung keine Moralvorschrift (=Verbot) vertritt, sondern dass diese durch „Rücksichten der analytischen Technik zu ersetzen“² seien. Die richtig angewandte therapeutische Technik impliziert, dass es dem Arzt um die Heilung des Patienten geht, und er deshalb an sich selbst den Anspruch einer hohen moralischen Integrität hat. Das berühmte Freud-Zitat, die Therapie habe in Abstinenz zu erfolgen, ist als Appell an die moralische Integrität und nicht als Vorschrift oder Verbot zu verstehen. Freud umreisst hier den wesentlichen Kern der Heilung. Eine durch Verbote und Tabus entstandene Erkrankung kann nicht in einem therapeutischen Raum geheilt werden, der den gleichen Mechanismen unterworfen ist. In modernerer Sprache umschreibt dies Samuel Widmer wie folgt:

„Keine Beziehungsangelegenheit kann durch Verbote, Gebote und Tabus geregelt werden; jeder diesbezügliche Versuch wird lediglich zur Beendigung des Bezogenseins führen. Es braucht – und dies unter anderem auch um die Frage des Inzesttabus – eine lebendige und wahrhaftige Auseinandersetzung von Du zu Du.“³ Für die Therapie bedeutet dies laut Widmer „(...) dass auch im therapeutischen Prozess der therapeutische Auftrag erst geglückt sein kann, wenn es gelungen ist, die therapeutische Beziehung aus ihrem Muster und aus allen Mustern überhaupt herauszuführen in ein lebendiges, einmaliges, authentisches und erwachsenes Bezogensein von Du zu Du (...)“⁴ Was Freud andeutet, benennt Widmer klar, Heilung ist die Befreiung einer Beziehung von ihren regelnden Verbote und Tabus. Was dem Patienten in seinem Leben gelingen soll, muss seinen Anfang in der Therapie finden.

¹ Freud, S. (1931). *Schriften zur Neurosenlehre und zur psychoanalytischen Technik (1913-1926)*. Рипол Классик. S. 401 ff

² ebenda

³ Widmer, P. S. (2003). *Des Kaisers Nacktheit – des Kaisers Dummheit*. Basic Editions, Nennigkofen. S. 275

⁴ ebenda

Rekonstruktion der Argumente

Für den ersten Standpunkt, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch Gesetze und Richtlinien geregelt werden muss, lassen sich folgende Argumente formulieren:

- 1 a Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist – zumindest zu Beginn – eine asymmetrische. Dem Patienten sind nicht die gleiche Verantwortungsübernahme und Willenskraft, sich für seine Bedürfnisse und seine Grenzen einzusetzen, zuzugestehen.
- 1 b Der Arzt erhält durch Gesetze einen klaren Rahmen, worin er sich bewegen kann. Dies gibt ihm Sicherheit.
- 1 c Ist der therapeutische Raum durch die Abstinenz geschützt, kann der Patient in frühere kindliche Persönlichkeitsanteile regredieren und da durch geeignete therapeutische Massnahmen Heilung erfahren.

Gegenargumente gegen den ersten Standpunkt sind:

- 2 a Verbote erreichen nicht die Wirkung, die sie versprechen, bzw. wozu sie errichtet worden sind. Obwohl solche Gesetze und Richtlinien seit Jahrzehnten bestehen, bleibt die Zahl derer, die sie übertreten, unverändert hoch. Es werden Zahlen genannt von 7–11 % aller männlichen und 2–3,5 % aller weiblichen Psychotherapeuten, die mindestens einmal in ihrer Berufslaufbahn ein sexuelles Fehlverhalten begehen⁵. Dabei ist die Zahl der Wiederholungstäter hoch: in Studien werden 33–80 % genannt⁶.
- 2 b Ein Verbot führt dazu, dass die Mehrheit der Ärzte dies zwar akzeptieren, aber nicht aus Einsicht oder innerer Überzeugung, sondern vor allem aus Anpassung oder Angst vor Strafe. Ein angepasster oder verängstigter Arzt wird seine eigenen libidinösen und sexuellen Gefühle verdrängen. Es bildet sich in ihm ein Tabu aus.
- 2 c In der Therapie kann das dazu führen, dass Ärzte unbewusste Signale aussenden, und damit die Liebesübertragung eher in ungünstiger Weise anheizen. Da für beide Seiten nicht bewusst, kommt es zu Missverständnissen,

⁵ Franke, I., Riecher-Rössler, A. (2013). *Frauen als Opfer von professionellem sexuellem Fehlverhalten (PSM) durch Psychotherapeuten*. *Ärztliche Psychotherapie*, 8: S. 200

⁶ ebenda

was in der Regel in die Zurückweisung des Patienten mündet, was eine Wiederholung der meist erfahrenen früheren Zurückweisungen ödipaler Liebesgefühle bedeutet.

Der zweite Standpunkt besagt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung weder durch Verbote, noch durch Gebote geregelt werden soll. Argumente dafür sind:

- 3 a Das Verbot führt zur Beendigung des lebendigen Bezogenseins. Die beiden involvierten Personen stehen nicht mehr von Mensch zu Mensch in Beziehung, sondern über den Bezugsrahmen eines funktionalen Therapieverhältnisses.
- 3 b Die Argumente 2 b und c gelten hier entsprechend auch.
- 3 c Tabu und Missbrauch gehen Hand in Hand. Um die Ursachen vom Missbrauch aufzudecken, muss man das Tabu darum lüften.
- 3 d Der absolut garantierte abstinente therapeutische Raum vermag nicht die ödipale Liebesübertragung zu reaktivieren. Es ist die zumindest theoretisch nicht ganz ausgeschlossene Möglichkeit, sich auf den Arzt einlassen zu können, die diese verdrängten Gefühle ans Licht holen kann.
- 3 e Soll eine therapeutische Beziehung den Patienten in die Freiheit von Konditionierung und Tabus und in die Selbstverantwortung führen, muss dem Patienten dies von Anfang an zugestanden werden. Ihm dies nicht zuzugestehen hält den Patienten klein und abhängig.

Gegenargumente gegen den zweiten Standpunkt sind:

- 4 a Nur dass ein Verbot sich nicht ganz durchsetzen lässt, heisst nicht, dass dieses nicht aufzustellen sei.
- 4 b Genauso wenig wie ein Verbot den Missbrauch vollständig beseitigen kann, wird auch eine Aufhebung des Verbotes dies nicht erreichen können.
- 4 c Die Argumente 1 a-c gelten hier entsprechend auch.

Diskussion

Es lassen sich drei Diskussionsfelder umreißen. Erstens das Thema Missbrauch, die Ursache desselben und der Schutz der Patienten davor (Argumente 1 a-c, 2 a, 3 c, 4 a und b). Zweitens die Frage, welche Implikationen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Verbots auf die therapeutische Beziehung hat (Argumente 1 b, 2 b und c, 3 a, b und d). Und drittens, zu welchem Ergebnis eine Therapie gemäss dem einen oder dem anderen Standpunkt führt (Argumente 1 c, 2 b und c, 3 a, b, d, e).

Im ersten Diskussionsfeld sprechen für den ersten und gegen den zweiten Standpunkt, dass tatsächlich Verfehlungen (sexueller Missbrauch, Ausbeutung etc.) passiert sind, und dass zum Schutze der Betroffenen Verbote und Richtlinien aufgestellt worden sind. Der Diskurs in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit führte zu einer Sensibilisierung für die Thematik und gab Betroffenen eine klare Leitlinie, was in Ordnung ist und was nicht. Dadurch, dass das Vergehen einen Namen bekommen hat (*therapeutischer Inzest*), wurde für viele das Unrecht erst fassbar, und sie konnten sich dagegen zur Wehr setzen. Vertreter des zweiten Standpunktes streichen heraus, dass auch für sie der Schutz der Patienten oberstes Prinzip ist (*primum non nocere*). Auch für sie ist es eine Selbstverständlichkeit die Würde des Patienten und seine sexuelle Integrität zu wahren. Der Verzicht auf Verbote und Richtlinien zielt für sie nicht darauf ab, den therapeutischen Inzest zu begehen, sondern die zugrundeliegenden Ursachen aufzudecken. Das Inzesttabu ist der Nährboden für Missbrauch. Die Tabuisierung von ödipalen Liebesregungen und sexueller Anziehung führt zu einer Wahrnehmungsschranke, einem Entfremden von dem, was die Wahrheit zwischen zwei Menschen ist. In diesem Zustand, in dem man nicht mehr ganz mit sich und mit dem Gegenüber in Kontakt ist, besteht die Gefahr, unstimmmige Impulse auszuleben und Grenzen des Gegenübers zu überschreiten. Das Tabu muss deshalb aufgedeckt werden, damit die Entstehung des Missbrauchs sichtbar wird und bearbeitet werden kann.

Im Zentrum des zweiten Diskussionsfeldes steht die Frage, welche Implikationen das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Verbots auf die therapeutische Beziehung hat? Vor allem in psychoanalytischen Kreisen wird die therapeutische

Abstinenz als Raum gesehen, in dem sich Beziehungsfantasien und Übertragungsgefühle ausbreiten und angeschaut werden können. Daraus wird heutzutage abgeleitet, dass die therapeutische Beziehung durch Richtlinien und Verbote geregelt werden muss. Nur dagegen und nicht gegen den ersten Teil richten sich die Gegenargumente, und folgen damit Freud. Eine Beziehung, die durch Richtlinien und Verbote geregelt ist, ist eine funktionale Beziehung. Zu den zwei Personen gesellt sich noch ein Drittes: der Bezugsrahmen, in dem die Beziehung stattfinden darf. Und damit sind auch weitere Personen in dieser Beziehung „anwesend“, nämlich regelnde und strafende Elternfiguren, Lehrer, Supervisoren, Gesetzgeber, et cetera. Beim Patienten werden diese als Introjekte bezeichneten Persönlichkeitsanteile als Ursache der Neurosebildung gesehen. Ziel der Psychotherapie ist es, solche oft widersprüchlichen Anteile und Impulse und ihre Motive dahinter bewusst zu machen und zu verstehen. Verständnis und Einsicht erwirken dann die Heilung. Wenn Vertreter des ersten Standpunktes auf der Rechtmässigkeit und der Notwendigkeit von Gesetzen und Richtlinien bestehen, nehmen sie nicht nur in Kauf, dass dieses Dritte, das Verbot, beim Patienten anwesend ist, sondern auch beim Arzt. Er wird sich auch beobachtet fühlen und dazu neigen, sich unnatürlicher und förmlicher zu verhalten. Er wird seine libidinösen Gefühle und sexuellen Impulse ins Unterbewusste verdrängen, von wo aus sie möglicherweise unkontrollierte Auswirkungen zeigen. Es entsteht ein blinder Fleck. Erst in der Freiheit, wahrnehmen zu dürfen, was ist, kann ein Therapeut erkennen, welche Gefühle ihn bewegen und wie er mit diesen zum Wohle des Patienten umgehen kann. Die Selbsterfahrung und supervisorische Begleitung brauchen diesen offenen und freien Raum. Ein Verbot bringt eine moralische Bewertung ins Spiel, die zu Schambehaftung und Tabuisierung von libidinösen Gefühlen führen kann. Vertreter des zweiten Standpunktes sehen es als notwendige Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie, dass die Möglichkeit einer realen Beziehung zum Therapeuten offen stehen muss. Die Aussicht, mit dem Therapeuten privat von Du zu Du in Beziehung stehen zu können, ist das Licht am Horizont, das für den therapeutischen Prozess die Richtung vorgibt. Es ist das Idealbild, aus dem sich die Schritte im therapeutischen Prozess ableiten. Gleichzeitig braucht es auch den Verzicht, in Handlung zu gehen. Der Verzicht hält die Spannung zum Ziel und die Bereitschaft zur Therapie aufrecht.

Das dritte Diskussionsfeld ergründet die Frage, zu welchem Ergebnis eine Therapie gemäss dem einen oder dem anderen Standpunkt führt? Der erste Standpunkt gibt einen klaren Rahmen für die Therapie vor. Schwierigkeiten tauchen dann um die Frage auf, wie eine Arzt-Patienten-Beziehung eingeordnet werden soll, wenn die Therapie beendet worden ist? Besteht die Rollenverteilung und das besondere Schutzbedürfnis des Patienten weiter? Unter Fachleuten herrscht keine Einigkeit darüber, ob es nach Abschluss der Therapie noch weitere Regelungen braucht, und wie diese auszusehen haben. Besser als Gesetze und Richtlinien helfen hier dem Arzt ethische Prinzipien weiter. Die von Beauchamp et al.⁷ formulierten Prinzipien der *Autonomie*, des *Nichtschadens*, der *Fürsorge* und der *Gerechtigkeit* geben dem Arzt eine Orientierung, ohne ihm für den konkreten Fall einschränkende Weisungen zu geben. Der zweite Standpunkt sieht, dass während eine funktionale Beziehung und ein Gefälle in der Arzt-Patienten-Beziehung in vielen Bereichen der Medizin weder störend noch dem Ergebnis abträglich sind, es in der Psychotherapie hingegen eng mit dem zu behandelnden Problem verknüpft ist. Die Heilung besteht in der Überwindung der Rollenverteilung und des Gefälles in Beziehungen. Das Therapieziel und das Ergebnis nach Abschluss einer Therapie ist massgeblich vorweggenommen von der Prämisse, die ein Arzt zu Beginn der Therapie wählt. Entweder stellt er die Schutzbedürftigkeit in den Vordergrund und setzt damit ein Gefälle in der Arzt-Patienten-Beziehung fest, oder er traut dem Patienten von Anfang an zu, in der Beziehungsgestaltung in der Therapie dem Arzt gleichgestellt zu sein. In letzterem Fall wird der Schutz des Patienten nicht durch ein Gesetz, sondern durch die ethisch-menschliche Haltung des Arztes gewährleistet. Ein Arzt, dem es um das Wohl und die Genesung des Patienten geht, kommt auch ohne Regelung nicht auf die Idee, den Patienten für seine eigenen Bedürfnisse zu missbrauchen.

Schlussfolgerung und Stellungnahme

Die beiden Standpunkte basieren auf zwei unterschiedlichen Menschenbildern. Vertreter des ersten Standpunktes sehen den Patienten als durch den Arzt gefährdet und wollen ersteren durch Gesetze und Richtlinien schützen. Effektiv machen sie dadurch den Patienten klein. Und genauso wird der Arzt klein gemacht, indem

⁷ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.

sie ein Gesetz über ihn stellen. Der auf diese Weise entmündigte Arzt neigt dazu, nicht die volle Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen. Vertrotzung oder die Lust am Verbotenen werden geschürt. Und insgeheim hofft ein solcher Arzt, dass eine höhere Instanz die Verantwortung für sein Handeln übernimmt und er im Falle einer Entgleisung lediglich mit einer Strafsanktion, nicht aber mit der vollen Verantwortung für sein Tun konfrontiert wird. Diese bereits zu Beginn festgelegte Prämisse in der Arzt-Patienten-Beziehung wird in der Therapie nicht wirklich angeschaut und aufgelöst. Somit bleibt das Problem bei Abschluss der Therapie bestehen. Die vorzuweisenden Ergebnisse der Therapie sind demnach Symptomlinderung und ein besseres Funktionsniveau in verschiedenen Lebensbereichen. Ein Erwachsensein, eine Reifung und Loslösung aus gesellschaftlichen Abhängigkeiten ist dadurch nicht zu erreichen. Es sei denn, ein Patient ermächtigt sich selbst und lässt mit seinen biographischen Abhängigkeiten auch diejenige der therapeutischen Beziehung hinter sich. In einem solchen Fall wird sich in der Folge zeigen, ob der Arzt die funktionale Therapiebeziehung in sich auch gelöst hat, und er einem solchen Patienten als „privater“ Mensch gegenübersteht, oder ob er auf dem Beziehungsrahmen beharren und den Patienten als Privatmensch zurückweisen muss.

Vertreter des zweiten Standpunktes sehen – wie in jeder anderen Beziehung auch – die volle Verantwortung für die therapeutische Beziehung bei den beiden involvierten Personen. Ethische Prinzipien, die den Arzt lenken und den Patienten schützen sollen, müssen im Arzt selbst angelegt, entwickelt und ausgereift werden. Ein solches Menschenverständnis gesteht dem Patienten ohne einen moralischen Überbau mehr Autonomie und Verantwortungsgefühl zu. Ein weiterer Aspekt ist das Gefühl der Unsicherheit. Das Leben und jedes Beziehungsgeschehen ist unvorhersehbar, lebendig und einmalig. Das kann Gefühle von grosser Unsicherheit auslösen. Mit Gesetzen und Richtlinien will man diesen Gefühlen durch Kontrolle Herr werden. Verzichtet ein Therapeut auf seinen Status und die ihm zugeschriebene Rolle und lässt er sich als Mensch auf den hilfeschuchenden Patienten ein, wird er mit grösserer Unsicherheit umzugehen haben, mit der des Patienten und mit seiner eigenen. Es ist eine Frage des Menschenbildes, ob man ihm dies grundsätzlich zugesteht oder nicht.