

Folgen



*Tränen laufen ohne Unterlass.
Sind die Wunden doch noch offen,
nicht gereinigt und nicht geheilt.
(Khia: «Trockene Tränen» [1])*

Die Folgen von PSM haben in erster Linie die Opfer und ihre Angehörigen zu tragen; doch ihre Wunden sind oft unsichtbar [2]. Fachleute müssen lernen, die Zeichen zu deuten, denn Wunden belegen die Aussagen [3]. Doch seelische Wunden werden verheimlicht und versteckt; einem Fährtenleser gleich müssen Fachleute die Spuren entziffern [4]. Seelische Traumatisierungen hinterlassen sehr wohl Spuren, wie im Kapitel 2 über die Psychotraumatologie dargelegt wurde. Lebenserfahrungen schlagen sich auf vielfältige Weise in unserem Denken und Handeln nieder [5]. Pierre Janet (1859–1947) [6] war der erste Forscher, der die Zusammenhänge zwischen seelischer Traumatisierung und ihren Folgen systematisch untersuchte.

Janet wurde der erste Direktor des neu geschaffenen Laboratoire Psychologique an der Salpêtrière und gab 1906/1907 an der Harvard Medical School eine Reihe von Gastvorlesungen [7]. Sein Schaffen wurde jedoch wieder vergessen und Morton Prince, einer seiner Nachfolger, klagte damals darüber, wie sehr Freuds Lehre, einer Flut gleich, alle anderen Lehrmeinungen fortspüle und unter sich begrabe [8]. Erst im Zuge der Formulierung des Konzeptes der PTSD, die 1980 in das DSM-III aufgenommen wurde [9], würdigte Ellenberger in seinem Monumentalwerk über die Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychotherapie die Bedeutung von Janet [10]. Wie die Medizin in der Vergangenheit solch scheinbar unerklärliche Symptome beurteilte, mag die im Einführungskapitel beschriebene Geschichte der «Hysterie» belegen. Schliesslich tauchte gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Idee auf, solche Phänomene als «psychisch» zu bezeichnen, als eine nervöse Störung. Bis in die jüngste Vergangenheit bestimmte die abendländische, dualistische Denkweise, in der «geistige» und «körperliche» Krankheiten strikt getrennt werden, die Wahrnehmung. Hinzu kommt, dass erstere generell weniger akzeptiert und meist nicht als «richtige» Krankheiten anerkannt werden: Im Gegenzug wird den Patienten unterstellt, sie seien schwach, selber schuld oder unvernünftig [11].

Gemäss der gängigen Lehrmeinung zu Störungen im menschlichen Befinden werden Symptome als Anzeichen einer reversiblen Funktionsstörung betrachtet, nicht als eine unveränderliche, rein psychologische Krankheit [12]. Andererseits haben Forschungen zur Auswirkung sexueller Traumatisierungen gezeigt, dass diese bedeutsame Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung, bis hin zu neuroendokrinen und neuroanatomischen Veränderungen, haben können [13]. Neuroendokrine Forschungen belegen, wie vielfältig die Interaktionen zwischen Umwelt, Befinden und neurophysiologischen, kognitiven und emotionalen Reaktionen sind. Panksepp [14] weist in der Beschreibung der neuralen Verarbeitung darauf hin, dass Säugetiere über ein emotionales Barometer, das so genannte Trennungsstress-System, verfügen, das es ihnen ermöglicht, die soziale Unterstützung, die sie erhalten, zu erfassen. Wenn das Prinzip der sicheren Basis in menschlichen Beziehungen nicht etabliert werden kann, hat dies gravierende Auswirkungen sowohl auf das Befinden wie auch die Persönlichkeitsentwicklung. Der Leib – in den Worten von Hermann Schmitz [15] als das aufgefasst, was wir von uns spüren – verhält sich wie ein Resonanzkörper, der seine «Töne» und Schwingungen in Form von Befindlichkeiten ausdrückt. Die Lehre der Semiotik versucht, die Prozesse zu erfassen, mit denen der menschliche Geist die körperlichen und psychischen Zeichen – im allgemeinen Sinn als Kommunikationsformen begriffen – auffasst und bewertet. Körpersignale, Befindlichkeiten oder soziales Verhalten werden als Beispiele derartiger Botschaften verstanden [16].

Auf die Täter, ob offiziell beschuldigt, angeklagt und verurteilt oder nicht, kommen ebenfalls Folgen zu, wie auch eine Institution unter den Folgen von PSM leiden kann. Die drei Aspekte Opfer, Täter und Institution werden nachfolgend dargestellt, abschliessend folgt ein Ausblick auf die gesellschaftlichen Folgen von sexuellen Gewaltdelikten.

6.1

Folgen für Opfer und ihre Angehörigen

164

Wie in Kapitel 2 beschrieben, müssen grundsätzlich drei Phasen der Traumatisierung unterschieden werden. Zum ersten die unmittelbaren Folgen eines Missbrauchs respektive der unmittelbar resultierende Schaden. Dann die Langzeitfolgen eines Beziehungstraumas mit dem Hauptmechanismus des «blaming the victim». Auf der dritten Ebene die Folgen in Zusammenhang mit der sozialen und gesellschaftlichen Antwort auf die Traumatisierung, die zu einer lebenslangen Opferidentität führen kann. Das Gefühl, keine Chance zu haben oder nie Recht zu bekommen, führt zu einer tiefen und verzweif-

lungsvollen Ohnmachtserfahrung und kann im Sinne eines Circulus vitiosus grundlegende Charakteränderungen bewirken. Nicht vergessen werden dürfen die Auswirkungen auf Angehörige, sie können unter Umständen auf ähnliche Weise wie die Opfer betroffen sein.

Diese drei Stufen werden in dem «Handbook for Trauma Survivors» von A. Matsakis [17] geschildert.

Die unmittelbaren Traumafolgen entsprechen einem emotionalen Schockerlebnis. Selbstvorwürfe und Selbstbeschuldigungen vermengen sich mit Wut, Scham, Verzweiflung und tiefer Verletzung sowie Rat- und Hoffnungslosigkeit. Wie bei jeder emotionalen Krise können Suizid- und/oder Racheimpulse mit vorhanden sein.

Die sekundäre Viktimisierung wird durch die Reaktionen von Institutionen, Untersuchungsbehörden und beratenden Fachleuten bestimmt. Infragestellungen oder Kritik am individuellen Verhalten verstärken die stets vorhandenen Schuldgefühle; häufig werden die Opfer zusätzlich auch noch beschuldigt. Diese Wertungen führen zum Phänomen des «blaming the victim»: Die alleinige Schuld, mit allen Folgen der Missbrauchssituation, wird dem Opfer zugeschrieben. Die Unfähigkeit vieler Fachleute, adäquat auf Opfer sexuellen Missbrauchs einzugehen, verstärkt diesen Effekt weiter. Auch bei Gerichtsverfahren geschieht dies regelmässig.

Das dritte Stadium der Viktimisierung besteht in der Ausbildung einer unter Umständen lebenslangen Identität als Opfer. Betroffene entwickeln ein Syndrom, das aus Hilflosigkeit, Resignation, sozialem Rückzug und einer Perspektive der Chancen- und Ratlosigkeit besteht. Meistens verstummen die Betroffenen vollständig. Sie wagen es oft nicht mehr, das Erlebte anderen Menschen anzuvertrauen. Betroffene entwickeln Angst vor den eigenen Gefühlen und Erinnerungen; oft werden sie dem Leben und anderen Menschen gegenüber gleichgültig. Als grösstes Hindernis, Hilfe und Heilung zu finden, erweist sich oft ein tiefes Schamgefühl. Sexueller Missbrauch ist Missbrauch des für viele Menschen intimsten Bereichs; über derartige Verletzungen zu sprechen, setzt grosses Vertrauen in den Gesprächspartner voraus. Ist die Traumatisierung durch eine Helferson verursacht worden, haben die Betroffenen grosse Zweifel und Ängste, sich erneut an Fachpersonen zu wenden. Sie befürchten, dass ihnen nicht geglaubt wird, dass sie nicht ernst genommen werden oder dass sie selbst eines Fehlverhaltens bezichtigt werden.

Die Folgen für Betroffene wirken sich auf vier Ebenen aus:

- Psychische Folgen
- Körperliche Folgen
- Soziale Folgen
- Finanzielle Folgen

Die psychischen Folgen werden nachstehend detailliert beschrieben. Die körperlichen Folgen sind, soweit nicht das Resultat direkter Gewalteinwirkung, unspezifisch. Sie reichen von gesteigerter Infektanfälligkeit [18] über funktionelle Beschwerden des Genitalsystems, der Verdauungs- und Ausscheidungsorgane, des Herz-Kreislaufsystems, des Bewegungsapparates, Kopfschmerzen und chronischer Müdigkeit bis zu Hautaffektionen und gehäuften Allergien. Der Vertrauensverlust bewirkt einen sozialen Rückzug; häufig zerbrechen enge Beziehungen, womit Betroffene weitere wichtige Ressourcen verlieren. Die Symptome nehmen vielfach solche Ausmasse an, dass Berufstätigkeit und weitere soziale Verpflichtungen wie etwa Kinderbetreuung beeinträchtigt werden. Finanzielle und existentielle Schwierigkeiten sind die Folge. In einem Teufelskreis verstärken sich die psychischen und körperlichen Beschwerden zusätzlich.

Werden Kinder oder Jugendliche Opfer von PSM, treten oft erhebliche Entwicklungsstörungen auf [19]; je nach Zeitpunkt der Traumatisierung im Leben wird auch die Persönlichkeitsentwicklung mehr oder weniger beeinflusst. Grundsätzlich gilt: Je näher die Täterperson dem Opfer steht, desto verheerender die Auswirkungen auf die Bindungserfahrung und die Persönlichkeitsentwicklung, und je länger die Dauer und je häufiger die Übergriffe, desto schwerwiegender die Folgen.

Ein einzelner Vorfall

- verursacht Folgen mit kürzerer Beschwerdedauer;
- tritt meist im späteren Leben, also im Erwachsenenalter, auf;
- bringt weniger Stigmatisierung, d.h. mehr Unterstützung und Anerkennung;
- steht seltener in Zusammenhang mit nahe stehenden Bezugspersonen.

Neben PTSD finden sich häufig auch Depressionen und Angststörungen als Folge einmaliger massiver seelischer Verletzungen.

Komplexe Traumatisierungen

- werden häufig durch nahe stehende Bezugspersonen verursacht;
- finden meist in der frühen Entwicklung statt;
- setzen sich aus vielen Einzelereignissen, die über einen längeren Zeitraum hinweg stattfinden, zusammen;
- verursachen lang anhaltende Beschwerden und Störungen der Persönlichkeitsentwicklung;
- bringen soziale Stigmatisierung und Ausgrenzung mit sich;
- führen häufig zu Retraumatisierungen im Erwachsenenalter.

Vermeidungsverhalten [20] stellt den wichtigsten Indikator für komplexe Traumatisierungen dar. Der Grund ist darin zu sehen, dass infolge des Vermeidungsverhaltens die emotionale und kognitive Verarbeitung blockiert

wird, wodurch keine heilsamen Erfahrungen gemacht werden können. Vermeidungsverhalten verdient besondere Beachtung, weil dadurch die Symptome auf paradoxe Weise chronifiziert und verstärkt werden: Je besser es einer Person gelingt, die traumatische Erfahrung aus dem Gedächtnis zu verbannen, desto weniger lernt diese Person, mit den damit verbundenen Schwierigkeiten umzugehen [Nijenhuis, pers. Mitteilung]. In anderen Worten, das Opfer entwickelt eine dissoziative Identitätsstörung (DID).

Die Störungsbilder nach komplexen Traumatisierungen umfassen PTSD, ausgeprägte Depressionen, DID, Somatisierungsstörungen wie chronische Schmerzsyndrome, Fibromyalgien, Essstörungen, Allergien, ferner chronisches Erschöpfungssyndrom, Persönlichkeitsstörungen, selbstschädigendes Verhalten, psychotische Störungsbilder und Substanzabhängigkeiten. Weitere Ausführungen dazu finden sich im Kapitel 2 über die Psychotraumatologie. Betroffene sehen häufig keine Zusammenhänge zwischen ihren für sie unverständlichen Symptomen und der zurückliegenden traumatischen Erfahrung [21].

Kenneth Pope [22] formulierte eine Liste mit zehn Problembereichen und Kernsymptomen, die nach PSM auftreten können. Pope weist darauf hin, dass sich bei jedem Betroffenen die Folgeschäden in Abhängigkeit von persönlichen Ressourcen unterschiedlich manifestieren können. Die nachfolgende Zusammenstellung ist denn auch keineswegs als umfassend und erschöpfend zu betrachten.

1. Schuldgefühle/Schuldzuweisung. Praktisch alle Opfer von PSM zeigen initial vielfältige Schuldgefühle. Sie bezichtigen sich, falsch gehandelt zu haben. Sie hätten früher reagieren sollen, sie hätten «Nein» sagen müssen, sie hätten auf sich hören sollen, sie hätten dies und jenes nie dulden sollen etc. Oft suchen sie verzweifelt nach einer Erklärung, wieso ausgerechnet sie das Opfer einer derartigen Konstellation geworden sind. Solche Schuldgefühle werden durch beratende Fachleute zusätzlich verstärkt, wenn diese nicht in der Lage sind, die Situation der Opfer richtig wahrzunehmen, was im Wesentlichen auf die fehlende Ausbildung in diesem Bereich zurückzuführen ist. Ohne Kenntnisse über die Täterstrategien können Opfer kaum hinreichend beraten werden.

Die Schuldgefühle haben nicht zuletzt auch mit der sozialen Rollenerwartung zu tun. Den Fachleuten wird das Vertrauen entgegengebracht, dass sie ihre Arbeit nach bestem Wissen und Können ausüben. Zudem wird die Arbeit der Fachleute von entsprechenden Instanzen überwacht und sie durchlaufen mehrjährige Ausbildungen. Aus der Sicht der Opfer kann damit der Fehler nur bei ihnen selbst liegen.

2. Verlust der Fähigkeit, zu vertrauen. Missbrauch führt zu einer tiefen Erschütterung des Vertrauens, denn das sexuelle Geschehen findet im Kontext einer vertrauensvollen Beziehung statt. Die Erschütterung grundlegender Werte führt zu einem nachhaltigen Vertrauensverlust in enge Beziehungen. Die sichere Basis wird zerstört, mit deletären Auswirkungen auf das Selbstvertrauen; selbst der spirituelle Halt kann verloren gehen, insbesondere nach PSM durch Seelsorger. Der Rückzug ins eigene Unbewusste ist beeinträchtigt, chronische Schlafstörungen sind die Folge. Oft kann man geschlechtsbezogene Folgen beobachten, wenn beispielsweise der Missbrauch durch einen Fachmann verübt worden ist, werden nur noch weibliche Helferpersonen akzeptiert.

3. Ambivalenz in engen Beziehungen. Opfer schwanken zwischen Hilfsuchen und Angst vor erneutem Missbrauch in Vertrauensverhältnissen. Dies kann auch weitere wichtige Beziehungen wie beispielsweise eine Ehe nachhaltig beeinflussen und belasten. Angst vor Arztbesuchen kann gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen, weil Diagnostik und Behandlung verzögert werden.

4. Isolation und Depression. Vertrauensverlust führt meist zu sozialem Rückzug. Häufig kommt es zum Bruch enger Beziehungen, wenn dieses Misstrauen und die Spannungen nicht bewältigt werden können. Betroffene äußern entwertende Gefühle über sich selbst; sie empfinden sich als unausstehlich und eine Zumutung für andere Menschen. Der soziale Rückzug wird durch allgemeine depressive Symptome sowie Energie- und Interessenlosigkeit zusätzlich verstärkt. Stressregulationsstörungen führen zu übertriebenen und kaum kontrollierbaren Reaktionen auf alltägliche Konfliktsituationen. Betroffene fühlen sich leer, leblos, jämmerlich, uninteressant, als eine Qual und Zumutung für andere. Schlafstörungen und Angstzustände können zu einer Verstärkung der Symptome beitragen, die unter Umständen zu Einweisungen in psychiatrische Einrichtungen führen können.

Vielfältige psychosomatische Erkrankungen sind ebenfalls bekannt. Diese körperlichen Beschwerden zeigen eine ausgeprägte Geschlechtsspezifität und werden vorwiegend von Frauen angegeben. Dazu gehören Essstörungen wie anorektisches oder bulimisches Verhalten und Essattacken. Weiter können asthmatische Beschwerden und andere allergische Reaktionen beobachtet werden. Kopfschmerzen und Migräneattacken, auch Gelenksbeschwerden im Rahmen weichteilrheumatischer Erkrankungen und Hautkrankheiten wurden bekannt. Die Problematik wird durch Drogen-, Alkohol- und Tablettenabhängigkeiten zusätzlich erschwert.

5. Emotionale Labilität. Damit sind Stimmungsschwankungen ohne ersichtlichen Grund gemeint. Betroffene können ihre emotionalen Reaktionen nicht kontrollieren. Sie leiden unter ihrem Kummer, den sie womöglich mit niemandem teilen können. Die Personen brechen während eines Filmes oder einer Fernsehsendung plötzlich in Tränen aus. Solche Reaktionen können zu zusätzlicher Verunsicherung führen und unter Umständen auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Das soziale Funktionieren ist gefährdet.

6. Unterdrückte Wut und Aggressivität. Opfer verneinen häufig zunächst ihre Gefühle der Betroffenen- und Verletztheit. Es kann mitunter Jahre dauern, bis diese Wut wirklich spürbar wird und zum Vorschein kommt. Da solche Gefühle häufig unkontrollierbare Formen annehmen können, kann es für Betroffene hilfreich sein, sich in einer Behandlung zu wissen, in der die Emotionen zur Sprache kommen, zugeordnet und verstanden werden können. Unterdrückte Gefühle können für innere Spannungen und psychosomatische Krankheiten verantwortlich sein. Auch kommt es oft vor, dass sich diese Wut gegen die eigene Person richtet, zum Beispiel gegen den eigenen Körper. Selbst zugefügte Körperverletzung und Vernachlässigungen können die Folge sein.

7. Sexuelle Störungen. Sexueller Missbrauch kann zu erheblichen Störungen des sexuellen Beziehungsverhaltens führen. Der vollständige Rückzug in ein Leben ohne Sexualität ist bekannt (das traumatische Erlebnis führt zu einer Blockade der sexuellen Empfindungen), wie auch die gegensätzliche Reaktion der wahllosen Promiskuität und damit potentiell gefährlichem Sexualverhalten. Frauen können jahrelang unter Zyklusstörungen und schmerzhaften Menstruationen leiden. Weitere Folgen können die geschlechtliche Identität betreffen und zu inneren Widerständen gegen die eigene geschlechtliche Rolle führen. So kann beispielsweise die Frauwerdung innerlich abgelehnt werden, weil Frausein mit Opferrolle und Ausbeutung gleichgesetzt wird.

8. Suizidrisiko. Die tiefe Verzweiflung und Ohnmacht vieler Betroffener führt, zusammen mit der sozialen Isolierung und dem Verlust von tragfähigen Beziehungen, zu einem erheblich gesteigerten Suizidrisiko. Laut Susan Penfold [23] versuchen 14% aller Personen, die eine sexuelle Beziehung zu einem Psychotherapeuten erlebt haben, mindestens ein Mal, sich das Leben zu nehmen; rund 1% beenden ihr Leben durch Suizid. Gelegentlich haben sich auch Angehörige das Leben genommen [24].

9. Probleme mit Nähe und Distanz. Das Beziehungstrauma führt zu Unsicherheiten in Bezug auf die eigenen Grenzen. Die tiefen Selbstwertzweifel und die innere Leere werden durch Aufopferung gegenüber anderen zu überwinden gesucht. Opfer können sich nur auf diese Weise als wertvoll und geliebt erleben. Besonders Frauen neigen aufgrund ihrer Sozialisation, die von ihnen verlangt, sich zu Gunsten anderer zurückzunehmen, zu diesem Verhalten.

10. Kognitive Störungen. Beziehungstraumen führen auch dazu, dass das Opfer das Gefühl hat, sich nicht mehr auf seine eigenen Gefühle und Wahrnehmungen verlassen zu können. Die Ansichten über die Welt werden nachhaltig erschüttert. Wenn eine Fachperson das entgegengebrachte Vertrauen missbraucht, brechen grundlegende Vorstellungen und Werte zusammen. Wenn zusätzlich in den Verfahren weitere Beschuldigungen und Kränkungen erfolgen, bleiben tiefe Verunsicherungen und Ratlosigkeit zurück, der Glaube an die grundlegenden gesellschaftlichen Werte wird erschüttert.

Neben den vorgängig genannten Symptomen treten häufig Körperwahrnehmungsstörungen auf, die zumeist Ausdruck von dissoziativen Störungen sind. Der eigene Leib wird wie tot empfunden, leblos, unempfindlich und nicht zu einem gehörend. Manche Betroffene fügen sich Schmerzen und Wunden zu, indem sie sich schneiden, kratzen oder mit Zigaretten brennen: Sie tun dies, weil sonst der Schmerz überall ist, unfassbar. Missbrauchsoffer sind an Schmerzen gewöhnt, es sind oft die einzigen Empfindungen, die sie kennen. Es kann ihnen zudem ein Gefühl der Kontrolle vermitteln, wenn sie sich diese Schmerzen selbst zufügen: Den Qualen ihrer Peiniger waren sie schutz- und wehrlos ausgeliefert, ohnmächtig mussten sie miterleben, wie ihr Körper durch die Fachperson benutzt wurde, nun bestimmen sie Grad und Dauer der Schmerzen selbst.

Viele psychiatrische Krankheitsbilder, insbesondere jedoch DID, PTSD, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, autoaggressives Verhalten und Anorexie, legen immer den Verdacht auf sexuelle Ausbeutungserlebnisse nahe [25]. In den einzelnen Kapiteln zu PSM sind weitere spezifische Folgen zu den jeweiligen Berufsdisziplinen aufgeführt. Die Beschwerden unterliegen oft zeitlichen Schwankungen und sind somit nicht immer nachweisbar [26]. Unter Umständen machen sich die Folgen erst mit einer jahrelangen Latenz bemerkbar [27].

Auch besteht ein direkter Zusammenhang zwischen den Folgen für die Opfer und deren Lebenserfahrung. Personen mit sexuellen Gewalterfahrungen wie Inzest oder Vergewaltigungen reagieren auf erneuten sexuellen Missbrauch mit einer deutlichen Verschlechterung ihrer Beschwerden. «Frauen,

die in der Kindheit sexuell misshandelt wurden, werden nicht häufiger in der Therapie missbraucht als andere Patientinnen, sie leiden jedoch stärker unter dem Missbrauch (in der Behandlung)» [28]. Damit wurden die Ergebnisse einer anderen Arbeit bestätigt, gemäss denen sich frühere sexuelle Gewalterfahrungen als der stärkste Prädiktor für das Ausmass der Folgen nach PSM herauskristallisierten [28].

6.2

Folgen für missbrauchende Fachleute

Das Risiko, selbst einen sexuellen Missbrauch zu begehen, wird von den meisten Fachleuten unterschätzt. Es sind andere, denen man solche Verfehlungen zutraut. Man fühlt sich persönlich gewappnet, sei es durch die entsprechende fachliche Ausbildung, sei es, dass Fachleute versichern, dass sie sich selbst gut genug kennen würden. Es sind dieselben Rationalisierungen, die generell gegen kriminelle Verhaltensweisen angeführt werden: «Ich doch nicht. Ich würde solche Dinge nie tun» [30]. Geht man der Sache etwas näher auf den Grund, räumen viele Fachleute ein, dass sie wohl von solchen Dingen gehört haben: Die meisten kennen Berufskolleginnen und -kollegen, die in sexuelle Übergriffe auf ihre Klienten verstrickt waren. Dass unter diesen Kollegen durchaus Fachleute sind, denen man dies eigentlich nicht zutraut, wird nicht als Widerspruch wahrgenommen. Diese Erfahrung teilen Juristen, Lehrer, Fachleute im Gesundheitswesen und Seelsorger, und sie sind durch viele Untersuchungen bestätigt worden. Der Buchtitel von Robert Simons «Bad Men Do What Good Men Dream» (Schlechte Männer tun, wovon gute Männer träumen) [30] bringt diese Schwierigkeiten auf den Nenner.

Wenn Fachleute aufgrund individueller Umstände in persönliche Krisen und Schwierigkeiten geraten, z.B. durch Eheschwierigkeiten und Scheidungen, berufliche oder finanzielle Probleme, nimmt ihre Vulnerabilität deutlich zu. Sie sind oft nicht mehr mit der gewohnten Souveränität in der Lage, ihre fachlichen Grenzen aufrecht zu erhalten. Sie sind möglicherweise selbst emotional bedürftig und sehnen sich nach Bestätigung und persönlichen Kontakten. Fachleute sind sich der Tatsache, dass sie wegen sexueller Grenzverletzungen in erhebliche Schwierigkeiten geraten können, oft nicht bewusst [31]. Die Justiz gibt ihnen im Grunde auch Recht, sexuelle Kontakte mit erwachsenen Klienten zogen lange Zeit keine ernsthaften Konsequenzen nach sich. Bereits die Ermittlungsbehörden taten sich schwer, entsprechende Anschuldigungen korrekt zu bearbeiten, wie exemplarische Fälle in der Vergangenheit wiederholt gezeigt haben [32, 33]. Obwohl schlimmste Verbrechen durch

Fachleute, insbesondere Mediziner, die meist nur zufällig entdeckt wurden, die Gesellschaft alarmieren müssten, wird die Problematik mit beinahe kindlicher Naivität behandelt. Selbst Fälle wie etwa Harold Shipman, ein englischer Arzt mit dem Spitznamen «Doktor Tod», der laut Anklage 236 Patienten, möglicherweise sogar 345, getötet hat, führen kaum zu Massnahmen [34]. Der als stiller Mann beschriebene vierfache Familienvater war in der Stadt Hyde bei Manchester 24 Jahre lang praktischer Arzt. Erst nachdem Shipman das Testament einer Patientin zu seinen Gunsten geändert hatte, wurde die Staatsanwaltschaft hellhörig. Besonders tragisch war, dass die verantwortlichen Stellen schon Jahre zuvor von Shipmans Kollegen gewarnt worden waren, jedoch nichts unternommen hatten.

Weltweit versuchen praktisch alle Berufsgruppen, in Selbstregulation gegen unverantwortlich handelnde Kolleginnen und Kollegen vorzugehen; Interessenkonflikte verhindern allerdings wirksames Handeln. Dies hat die Täter bisher weitgehend vor effektiven Massnahmen bewahrt. Die Gerichte gingen aus einer Vielzahl von Gründen ebenfalls kaum ernsthaft gegen missbrauchende Fachleute vor.

Vor dem Obergericht wurde ein Psychiater angeklagt, weil er unbestritten mit einer Patientin bereits nach wenigen Konsultationen ein sexuelles Verhältnis eingegangen war. Die Frau war ihm für ein Gutachten überwiesen worden. Angesichts der an einen Gutachter zu stellenden Anforderungen nach Objektivität und Unabhängigkeit hatte man ein klares Verdikt erwartet. Das Urteil erging in diesem Fall für den Fachmann auf Freispruch [35].

Solche Urteile sind für potentielle Täter, die ihre Sexualpartner unter ihren Klienten rekrutieren, geradezu eine Einladung. Meist funktioniert der im englischen Sprachraum als «old-boy network» bekannt gewordene Schutzmechanismus der Täter: Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus, und vielleicht kennt man sich ja. Folglich werden die meist weiblichen Opfer durch die urteilenden Männer für ihre Verletzungen selbst verantwortlich gemacht. Viele Täter fanden Unterstützung durch Beiträge, wie sie etwa im «Spiegel» zum Thema «Missbrauch mit dem Missbrauch» ab 1987 in steter Regelmässigkeit erschienen, und deren Tenor häufig in einer Verunglimpfung der erforderlichen Massnahmen bestand [36]. Spektakuläre Einzelfälle wurden in ihrer Bedeutung massiv aufgebläht, insbesondere wenn sich beispielsweise die Unhaltbarkeit einer Anschuldigung herausstellte. Da PSM-Täter in praktisch allen Fällen zu kognitiven Verzerrungen der Realität neigen und damit ihre Selbstlegitimierungsstrategien ermöglichen, fühlten viele sich durch solche Beiträge in ihren Ansichten bestätigt. Entscheidungsträger auf allen Stufen liessen und liessen sich durch diese Berichterstattungen verunsichern.

Unabhängig von gesetzlichen Bestimmungen und Strafurteilen setzen sich Fachleute jedoch einem beträchtlichen beruflichen Risiko aus, wenn sie innerhalb ihrer Arbeit sexuelle Kontakte eingehen. Aufgrund der persönlichen Verstrickungen verlieren sie ihre Objektivität und fachliche Unabhängigkeit und sind in ihren Entscheidungen beeinträchtigt. Es kommt regelmässig zu einer Umkehrung der Machtverhältnisse, wenn Opfer mit Klagen oder Anzeigen drohen. Schon vor Jahren wurden durch Fachartikel auf die möglichen Konsequenzen hingewiesen [27]. Fachleute entwickeln Ängste vor den angeordneten Konsequenzen und verhalten sich zunehmend defensiv.

Wenn die berufliche Identität ins Wanken gerät, reagieren missbrauchende Fachleute verunsichert und hilflos. Viele benötigen selbst psychotherapeutischer Hilfe aufgrund von Depressionen, suizidalen Krisen, Substanzabhängigkeiten und weiteren Störungsbildern, die als Folge ihres Fehlverhaltens auftreten können. Diese Krankheitsbilder sind in der Mehrzahl der Fälle sekundär bedingt und können nicht als straf- oder verantwortungsmildernde Umstände zum Tatzeitpunkt angeführt werden. Wenn im Strassenverkehr Alkoholkonsum keineswegs als strafmildernd gewertet wird, sollte dies bei Fachleuten, wenn sie Klienten sexuell missbrauchen, ebenso gewichtet werden. Es darf von Fachleuten erwartet werden, dass sie sich rechtzeitig um eine Behandlung bemühen, wenn sie in Schwierigkeiten geraten. Erneut ist die berufliche Situation von der privaten zu trennen. Beispielsweise zeigen zwischen 25 und 33% aller Ärzte im Laufe ihrer Berufskarriere ernsthafte psychische Erkrankungen; gleichzeitig ist bekannt, dass Ärzte ihre eigenen Beeinträchtigungen meisterhaft leugnen [37]. Die Voraussetzungen zur Anwendung der Artikel zur Unzurechnungsfähigkeit (in Deutschland Art. 21 StGB, in Österreich Art. 11 StGB, in der Schweiz Art. 10 und 11 StGB) ist in Frage gestellt, wenn die Unzurechnungsfähigkeit selbstverschuldet oder in Hinblick auf eine kriminelle Handlung selbst herbeigeführt wird («*actio libera in causa*») [38]. Alkohol wird von Tätern oft eingesetzt, um Hemmungen und Ängste zu mildern.

Haftpflichtansprüche werden von den meisten Versicherungsgesellschaften angesichts der vorsätzlichen Tatbestände abgelehnt. Fachleute müssen somit auch mit erheblichen finanziellen Folgen rechnen. In aller Regel können Honorare zurückgefordert werden und darüber hinaus besteht Anspruch auf Abgeltung von Folgekosten sowie auf Genugtuungszahlungen. Die tatsächlichen rechtlichen Konsequenzen sind derzeit schwer abzuschätzen, jedenfalls zeichnet sich eine deutliche Abkehr von der bisher largen Handhabung durch gerichtliche Instanzen ab. Dieselben Entwicklungen sind im internationalen Kontext erkennbar. «Fast das ganze 20. Jahrhundert hindurch konnten Psychiater, Psychologen und andere im psychiatrischen Bereich Tätige ihrer Ar-

beit nachgehen, ohne befürchten zu müssen, angeklagt zu werden. In den 1960er Jahren begannen jedoch die Gerichte, das Zivilstrafrecht als eine Möglichkeit zur sozial verträglichen Umverteilung der Verluste zu betrachten» [39]. Diese Aussage gilt analog für Seelsorger, Anwälte, Lehrer oder Ärzte.

Mit dem Urteil vom 28. Mai 2002 durch das Basler Strafrichter wurde in der Schweiz zum ersten Mal ein Hausarzt wegen mehrfacher Ausnutzung einer Notlage gemäss Schweizer StGB Art. 193 zu einer bedingten Haftstrafe von 15 Monaten verurteilt. Der Arzt hatte eine Patientin über 20 Jahre lang betreut, wobei es in den letzten drei Jahren zu wiederholten sexuellen Übergriffen gekommen war. Der Täter versuchte sich mit der Schutzbehauptung, dass es sich um eine Liebesbeziehung gehandelt habe, herauszureden [40]. Wurde die besondere Kategorie der Täter-Fachleute bisher in der forensischen Literatur wenig thematisiert (zumindest in Europa), zeichnet sich inzwischen ein Umdenken ab [41, 42]. Der nachsichtige Umgang des Rechtsstaates mit Fachleuten nach PSM unterliegt offensichtlich einem Paradigmenwechsel. PSM ist kein Kavaliersdelikt mehr.

6.3

Folgen für die Institution

Das Bekanntwerden von sexuellen Übergriffen führt bei den Entscheidungsträgern meist zu grosser Angst vor einem drohenden Medienskandal. Eine lähmende Unsicherheit und Strategielosigkeit bestimmt das Handeln. Allerdings kann man mit Interviews, deren Antworten sich im Wesentlichen auf «Kein Kommentar» beschränken, angeschlagenes Vertrauen kaum zurück gewinnen. Sexueller Missbrauch lässt sich nie gänzlich verhindern, hat jedoch eine Institution alles unternommen, was in ihrer Macht steht, um sexuelle Ausbeutungssituationen zu verhindern, kann sie vor die Öffentlichkeit treten und die Schuldigen benennen.

Der Konflikt zwischen Täter und Opfer spiegelt sich in den Konflikten wider, welche die Organisation erschüttern, wenn sie mit den Folgen sexueller Übergriffe durch Mitarbeiter konfrontiert ist. Die Mitarbeiter sind zwischen Schweigen und Handeln hin und her gerissen und, wie Judith Herman anmerkt, diejenigen, die dem Opfer beistehen, bekommen unweigerlich die Wut der Täter zu spüren [43].

Zwar wird bei Vorliegen von Klagen und Anschuldigungen oft die Gelegenheit genutzt, entsprechende Massnahmen zu formulieren und umzusetzen. Es erweist sich jedoch als wesentlich einfacheres Unterfangen, solche Dinge proaktiv, ohne äusseren Druck, anzugehen. Diesen Prozess in Gang zu setzen

ist Aufgabe der Entscheidungsträger und prägt die Kultur der Institution. Das inzwischen zum Lehrbuchbeispiel avancierte Verhalten der katholischen Kirche im Umgang mit pädosexuellen Priestern verdeutlicht die Schwierigkeiten einer Institution, wenn sie jahrelang mit Hilfe eines Heeres von Rechtsberatern versucht, alle Anschuldigungen abzustreiten oder aussergerichtlich zu regeln [44].

Institutionen bemühen sich um Schadensbegrenzung und versuchen deshalb meist zuerst, die Verantwortung abzuwälzen. Die Anliegen der Opfer finden kaum Beachtung. Dieses Verhalten ist in Berufsdisziplinen, die sich dem Dienst am Nächsten verschrieben haben, wenig sinnvoll. Es ist jedoch mit einem Händedruck und einer offiziell verkündeten «*mea culpa*» nicht getan [45]. Wo keine substantiellen Massnahmen folgen, werden undurchdachte, rasch beschlossene Regeln und Vorschriften den emotionalen und konfliktgeladenen Anforderungen, die Missbrauch nach sich zieht, nicht gewachsen sein [46].

Fälle von Selbstjustiz weisen auf die Brisanz der obigen Aussagen:

Ein 26-jähriger Mann versuchte im Mai 2002 einen Priester zu erschiessen, der ihn zwischen 1990 und 1993 mindestens 20 Mal sexuell missbraucht hatte. Der Mann hatte 1993 die Kirchenleitung über den Übergriff in Kenntnis gesetzt, worauf der Priester für drei Monate von seinem Amt suspendiert und zu einer Therapie verpflichtet wurde. Danach erhielt er vom Kardinal William H. Keeler die Erlaubnis, wieder als Seelsorger in seine Gemeinde zurückzukehren. Die drei abgegebenen Schüsse trafen den Priester in die Hüfte und die Hand. Drei weitere Männer haben inzwischen denselben Priester wegen weiterer sexueller Missbräuche beschuldigt. Von einem Geschworenengericht in Maryland wurde der 26-jährige Mann inzwischen des versuchten Mordes freigesprochen [47].

Oft versuchen die Täter, die Opfer von einer Klage abzuhalten. Sie schüchtern ihre Opfer ein und drohen mit Verleumdungsklagen und ähnlichem. Erneut sei auf das Model der Inzestfamilie verwiesen, wo häufig analoge Mechanismen zu beobachten sind. Institutionen müssen die Situation der Opfer ernst nehmen und sollten ihnen angesichts der durchgemachten Erfahrungen nicht noch zusätzliche Schwierigkeiten bereiten.

Die Medizinische Gesellschaft Basel zeigt als ärztliche Berufsorganisation mit ihrer Patienten-Anlauf- und Beratungsstelle einen möglichen Weg. Ist eine Institution tatsächlich daran interessiert, dass sich etwas ändert, muss sie in erster Linie dafür sorgen, dass die entsprechenden Fälle überhaupt gemeldet werden [48]. Wie wichtig das Melden der Übergriffe ist, kann nicht oft genug wiederholt werden [49]. Bereits die Konzeption derartiger Stellen erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik. Der häufigste

Fehler einer Institution ist, über derartige Vorfälle zu schweigen, der zweithäufigste ein blinder Aktionismus nach dem Motto: «Es muss sofort etwas geschehen!».

Schweigen führt dazu, dass niemand aus den Fehlern anderer lernen kann. Dieser fatale Zusammenhang wurde beispielsweise unlängst im Gesundheitswesen erkannt. Der Bericht «To Err Is Human» [50] illustriert die Problematik und zeigt vielfältige Lösungsstrategien auf. Die wichtigste ist wohl die Anregung zur Schaffung einer Forschungsstelle, die sich systematisch mit den vielfältigen Sicherheitsaspekten innerhalb des Gesundheitssystems befassen soll. Es wurde inzwischen erkannt, welche enorme ökonomische Konsequenzen aus diesen Fehlern resultieren, ganz zu schweigen vom menschlichen Leid der Betroffenen.

6.4

Folgen für die Gesellschaft

Dieser Abschnitt beschreibt die drei wesentlichsten Folgen für die Gesellschaft. Da sind zunächst die ökonomischen Konsequenzen von PSM. Dann folgen Überlegungen aus der Bindungsforschung über die Weitergabe von Gewalterfahrung von Generation zu Generation, und schliesslich ein Ausblick auf die spirituelle Bedeutung für die Gesellschaft. Laut einer Bevölkerungsbefragung in Toronto sind jährlich 0,2% der Bevölkerung alleine im Gesundheitswesen von PSM betroffen. Gemäss Opferbefragungen nehmen rund zwei Drittel aller Betroffenen nach PSM eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch [28]. Konservativ gerechnet dauert eine derartige Behandlung bei einer Frequenz von einer einstündigen Sitzung pro Woche zwei Jahre. Damit entstehen für das soziale Gesundheitssystem eines Landes wie der Schweiz mit 7,3 Millionen Einwohnern jährliche Folgekosten von 100 Millionen Euro, ohne Aufwendungen der sozialen Rentenversicherung im Falle von Arbeitsunfähigkeiten [51]. Für Deutschland, mit 82 Millionen Einwohnern, resultieren jährliche Gesundheitskosten in der Grössenordnung von 1 Milliarde Euro.

Viele weitere Opfer sind in Bereichen ausserhalb des Gesundheitswesens zu finden, sie nehmen ebenfalls die Gesundheitssysteme in Anspruch. Sind es Kinder, die etwa durch pädosexuelle Seelsorger betroffen sind, muss von jahrelangen Behandlungen und damit weitaus grösseren Folgekosten ausgegangen werden. Die gerichtliche Aburteilung und Strafverbüssung der Täter verursacht weitere Kosten. Wenn man diese Aufwendungen mit den Kosten vergleicht, die für präventive Massnahmen gegen PSM eingesetzt werden,

ergibt sich eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz. Die Entscheidungsträger sind aufgefordert, entsprechende Massnahmen zu implementieren. Für das Gesundheitswesen hat beispielsweise die Medizinische Gesellschaft Basel ein Drei-Säulen-Modell entwickelt, wie eine derartige Zielsetzung erreicht werden kann [52].

Toleriert eine Gesellschaft sexuelle Übergriffe im bisherigen Masse – und dies nicht nur im fachlichen Bereich –, schafft sie damit den Nährboden für eine zunehmende Gewalteskalation. Die Folgen sexueller Traumatisierung wirken sich über Bindungsstörungen auf die nachfolgenden Generationen aus. Jugendliche mit ungenügendem emotionalem Rückhalt innerhalb ihrer Familien begehen dreimal häufiger Gewaltdelikte als ihre sich geborgen fühlenden Kameraden [53]. Die Zahl der jugendlichen Täter nimmt in westlichen Gesellschaften zu. Obwohl die Ursachen komplex sind, spielen Bindungsdefizite eine wesentliche Rolle, da sie über neuroendokrine und neuroanatomische Auswirkungen die Gehirn- und Persönlichkeitsentwicklung prägen [14]. Bindungsstörungen während der entscheidenden ersten drei Lebensjahre führen zu emotionsloser Psychopathologie mit der Unfähigkeit, mitmenschliche Beziehungen einzugehen, verbunden mit chronischem Hass, verminderter Impulskontrolle und fehlendem Gewissen. Levy und Orleans [54] schrieben dazu: «Diese jungen Straftäter von heute sind die Superkriminellen von morgen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit noch viele weitere und schwerere Verbrechen begehen werden» [54].

Als fachliche Mentoren und Lehrer beeinflussen die Täter das Verhalten der nachfolgenden Generation. Für das Gesundheitswesen hat die Medizinsoziologie diese Zusammenhänge untersucht und wenig erfreuliche Erkenntnisse publiziert. Heim und Willi [55] sprechen in ihren Untersuchungen von einer Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation respektive von einer Sozialisation zum Zynismus. Während in den Befragungen junger Medizinstudenten «anderen Menschen helfen» zu den wesentlichen Motiven für das Medizinstudium gehört, ist dieselbe Gruppe am Ende ihres Studiums dadurch gekennzeichnet, dass sie sich weniger Sorgen um andere Menschen machen als alle anderen befragten Berufsgruppen [56]. Nach Bollinger et al. [57] existiert neben dem eigentlichen Lehrplan für Medizinstudenten ein ungeschriebener, heimlicher Lehrplan. Neben den Krankheitsbildern und diagnostischen Verfahren lernen die Medizinstudenten auch, wie die Patientenrolle zu sein hat, und sie lernen Status und Macht ebenso kennen wie sie Einstellungen und Haltungen erlernen, die verhaltensbestimmend werden. Sie eignen sich bestimmte Bewältigungsstrategien an, um mit Stress, Angst und psychischen Konfliktsituationen umgehen zu können. Was hier exemplarisch für Ärzte beschrieben ist, gilt analog für andere Berufsdisziplinen. So haben bei-

spielsweise die Medienberichte über den Umgang der Kirche mit pädosexuellen Priestern eindeutig belegt, dass die Vertuschung nicht das Werk eines Einzelnen war, sondern durch viele Würdenträger mitgetragen wurde [58].

Der dritte und letzte Punkt betrifft die spirituelle Dimension der sexuellen Übergriffe. Sexualität wird wegen ihrer generativen Potenz in vielen Kulturen als heilig angesehen. Ohne Sexualität gäbe es kein Leben. Wenn Fachleute als Heiler und Ratgeber insbesondere in göttlichen Dingen keinen bewusst verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Sexualität haben, leidet die Gesellschaft, wie die Opfer leiden. Dazu sei Martina Emme zitiert: «Eine Wissenschaft, die keinen Begriff von strukturellen Machtverhältnissen hat, ist offensichtlich zur Realitätsblindheit verdammt und erinnert an den Witz des Mannes, der seinen verlorenen Schlüssel im Schein der Laterne sucht, weil er nur dort Licht hat» [59]. Ken Wilber hat in einem umfassenden Werk die Bedeutung von Sexualität, Ökologie und Spiritualität aus der Sicht der Evolution dargestellt [60]. Und Johan Galtung schreibt in einem seiner Beiträge: «Offensichtlich bedeutet die Schaffung von Frieden die Reduzierung von Gewalt (Heilung) wie die Vermeidung von Gewalt (Prävention). Und Gewalt heisst, jemandem schaden oder ihm Verletzungen zufügen» [61].

Männer und Frauen müssen zueinander Sorge tragen. Die Verantwortung der Geschlechter füreinander und die Bedeutung des gegenseitigen Respekts mag das folgende Gedicht verdeutlichen.

*Echoes of happiness rang throughout the universe,
when male first met female
and life began.
It was deemed that one cannot be
without the other;
human life is impossible
without both man and woman.¹*

Der Lebenszyklus
Veronica E. Velarde Tiller (Jicarilla Apache)

¹ Echos der Freude hallten durch das All,
als Mann und Frau sich zum ersten Mal begegneten
und das Leben begann.
Seit damals gilt, dass keiner
ohne den anderen sein kann;
ohne beide – Frau und Mann –
kann es kein menschliches Leben geben.

Literatur

- 1 Und der Himmel weint mit dir. Überlebende von sexuellem Missbrauch schreiben Gedichte. Freiburg/Br., Lumen, 2002.
- 2 Kritsberg W: Die unsichtbare Wunde. Das Trauma erkennen und überwinden. Zürich, Oesch, 1995 (*Original: The Invisible Wound: A New Approach to Healing Childhood Sexual Abuse. New York, Bantam Books, 1993*).
- 3 Frank AW: The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics. Chicago, University of Chicago Press, 1995.
- 4 Köhle K: Kommunikation; in Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6. Aufl. München, Urban und Fischer, 2003, pp 43–63.
- 5 Schmitz H, Mary G, Moldzio A: Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie. Rostock, Ingo Koch, 2002.
- 6 Hilgard ER: Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action. New York, Wiley, 1977.
- 7 Nemiah JC: Janet Redivivus: The Centenary of *L'automatisme psychologique*. Am J Psychiatry 1989;146: 1527–1529.
- 8 Murray HA: Morton Prince: Sketch of his life and work. J Abnorm Soc Psychol 1956;52:291–295.
- 9 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Aufl. Washington, American Psychiatric Association, 1980.
- 10 Ellenberger HF: Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie. Zürich, Diogenes, 1985 (*Original: The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970*).
- 11 Kirmayer LJ: Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine; in Lock M, Gordon D (Hrsg.): Biomedicine Examined. Boston, Kluwer, 1988, pp 57–92.
- 12 Sharpe M, Carson A: 'Unexplained' somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? Ann Intern Med 2001;134:926–930.
- 13 Glaser D: Child abuse and neglect and the brain. A review. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:97–116.
- 14 Panksepp J: Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions. Oxford, Oxford University Press, 1998.
- 15 Schmitz H: Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie, 2. Auflage. Bonn, Bouvier, 1995.
- 16 Nöth W: Handbuch der Semiotik, 2. Aufl. Stuttgart, J.B. Metzler, 2000.
- 17 Matsakis A: I Can't Get over It: A Handbook for Trauma Survivors. Oakland, New Harbinger, 1992.

- 18 Domingues B, Valderram P, de los Angeles Meza M, Pérez SL, Silva A, Martinez G, Méndez VM, Olvera Y: The role of disclosure and emotional reversal in clinical practice; in Penneberger JW (Hrsg.): *Emotion, Disclosure, and Health*. Washington, American Psychological Association, 1995, pp 255–270.
- 19 Briere JN: *Child Abuse Trauma. Theory and Treatment of the Lasting Effects*. Newbury Park, Sage Publications, 1992.
- 20 Briere J: *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic Stress*. Washington, American Psychological Association, 2002.
- 21 Schützwohl M: Diagnostik und Differentialdiagnose; in Maercker A (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Springer, 1997, pp 75–101.
- 22 Pope KS: *Sexual Involvement with Therapists*. Washington, American Psychological Association, 1994.
- 23 Penfold S: *Sexual Abuse by Health Professionals. A Personal Search for Meaning and Healing*. Toronto, University of Toronto Press, 1998.
- 24 Chesler P: *Frauen – Das verrückte Geschlecht?* Hamburg, Reinbeck, 1986 (*Original: Women and Madness*. New York, Avon Books, 1972).
- 25 Urbaniok F: *Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie*. Stuttgart, Thieme, 2000.
- 26 Fischer G, Riedesser P: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Reinhardt, 1999.
- 27 Luepker ET, Schoener G: Sexual involvement and the abuse of power in psychotherapeutic relationships; in Schoener G, Milgrom JH, Gonsiorek JC, Luepker ET, Conroe RM (Hrsg.): *Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention*. Minneapolis, Walk-In Counseling Center, 1989.
- 28 Brodbeck J: *Bedingungen und Folgen sexueller Übergriffe in der Psychotherapie*. Lizentiatsarbeit, Universität Freiburg/Schweiz, 1994.
- 29 Feldmann-Summer S, Jones G: Psychological impacts of sexual contacts between therapists or other health care practitioners and their clients. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:1054–1061.
- 30 Simon RI: *Bad Men Do What Good Men Dream. A Forensic Psychiatrist Illuminates the Darker Side of Human Behavior*. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
- 31 Council on Mental Health: The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973;223:684–687.
- 32 Bestätigter Schuldspruch im Fall des Chirurgen Glinz. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 211, 12.09.2001.
- 33 Katholischer Priester gesteht Sex mit Kindern. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 152, 04.07.2003.
- 34 Püschel K, Lach H: Tötungsdelikte durch Ärzte und die Hintergründe. *Dtsch Ärztebl* 2003;100:B1905–B1908.
- 35 Freispruch für Zürcher Psychiater. Der Ausnützung einer Notlage nicht schuldig. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 227, 30.09.1999.

- 36 Enders U: Missbrauch mit dem Missbrauch; in Bange D, Körner W (Hrsg.): Handwörterbuch sexueller Missbrauch. Göttingen, Hogrefe, 2002, pp 355–361.
- 37 Myers MF: The psychiatrist's role in the management of impaired colleagues. *Dir Psychiatry* 1995;15:1–8.
- 38 Pauchard J-P: Besonderheiten im schweizerischen Recht; in Venzlaff U, Foerster K (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung, 3. Aufl. München, Urban und Fischer, 2000, pp 595–603.
- 39 Brown D, Schefflin AW, Hammond DC: Memory, Trauma, Treatment and the Law. New York, W.W. Norton, 1998, pp 525–577.
- 40 Sex mit Patientin: Not ausgenützt? *Basler Zeitung*, Nr. 121, 28.05.2002.
- 41 Samuel SE, Gorton GE: Sexual exploitation: An extreme of professional deception. *Am J Forensic Psychiatry* 2001;22:63–81.
- 42 Tschan W: Sexuelle Missbräuche durch Fachleute im Gesundheitswesen. *Forensisch Psychiatrie Psychother* 2002;9:61–81.
- 43 Herman J: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992.
- 44 Warum sollten Priester nachsichtiger behandelt werden? Ein Gespräch mit dem Harvard-Theologen Francis Schüssler Fiorenza. *Basler Zeitung*, Nr. 137, 15./16.06.2002.
- 45 Lübke H: Ich entschuldige mich. Das neue politische Bussritual. Berlin, Siedler, 2001.
- 46 Soyinka W: The Burden of Memory, the Muse of Forgiveness. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- 47 Freispruch nach Schüssen auf Priester in den USA. *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 294, 18.12.2002.
- 48 Tschan W: PABS: Patienten-Anlauf- und Beratungsstelle der Medizinischen Gesellschaft Basel. *Schweiz Ärztztztg* 2001;82:2467–2473.
- 49 Di Martino V: Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, ILO, ICN, WHO, PSI, 2002.
- 50 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg.): To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington, National Academy Press, 2000.
- 51 Tschan W: Primun non nocere – les abus sexuels commis par des professionnelles de la santé; in Gillioz L, Gramoni R, Margairaz C, Fry C (Hrsg.): Voir et agir. Responsabilité des professionnelles de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Genève, Editions Médecine & Hygiène, 2003, pp 93–106.
- 52 Arbeitsgruppe «Umgang mit Tätern»: Empfehlungen zu Handen des Vorstandes. Basel, Medizinische Gesellschaft, 2002. (Erhältlich unter www.medges.ch, Stichwort Patientenberatung/Umgang mit Tätern.)
- 53 Raine A: The Psychopathology of Crime. New York, Academic Press, 1993.
- 54 Levy TM, Orlans M: Attachment, Trauma and Healing. Understanding and Treating Attachment Disorders in Children and Families. Washington, CWLA Press, 1998.

- 55 Heim E, Willi J: Psychosoziale Medizin. Berlin, Springer, 1986.
- 56 Beckmann D, Scheer J: Sozialpsychologie der Arzt-Patient-Beziehung; in Bock HE, Gerok W, Hartmann F (Hrsg.): Klinik der Gegenwart, Band X. München, Urban und Schwarzenberg, 1976, pp 681–689.
- 57 Bollinger H, Brockhaus G, Hohl J, Schwaiger H: Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München, Zeitzeichen, 1981.
- 58 The Investigative Staff of The Boston Globe: Betrayal. The Crisis in the Catholic Church. Boston, Little, Brown & Company, 2003.
- 59 Emme M: Der Versuch, den Feind zu verstehen. Ein pädagogischer Beitrag zur moralisch-politischen Dimension von Empathie und Dialog. Frankfurt/M., Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 1996, p 59.
- 60 Wilber K: Sex, Ecology, Spirituality. Boston, Shambhala, 2000.
- 61 Galtung J: Frieden mit friedlichen Mitteln. Friede und Konflikt, Entwicklung und Kultur. Opladen, Leske und Budrich, 1998, p 17.