



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Verantwortung in der Psychotherapie: Abstinenz aus fachlicher und juristischer Sicht

Fachtagung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

am 10.07.2010

Abstinenz als ethische Grundhaltung in der Psychotherapie

Dietrich Munz, Landespsychotherapeutenkammer BW.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ein Kollege beschrieb mir folgende erste Therapiestunde:

Ein Patient kommt zum Vorgespräch, ein attraktiver, gepflegt gekleideter Mann, Anfang 40. Er stellt sich vor, er sei erfolgreicher Unternehmer im Baubereich. Probleme habe er, da er wiederholt bei Verhandlungen mit Kunden in Angstzustände gerate, die zunehmend häufiger auftreten würden. Früher habe er die Angst gelegentlich mit Alkohol eingrenzen können, zwischenzeitlich sei ihm vom Hausarzt ein Medikament verschrieben worden. Er meinte, dass trotzdem die Situationen mit diesen Angstzuständen zunehmen würden. Ein Freund, mit dem er darüber gesprochen habe, habe ihn auf die Möglichkeit einer Psychotherapie bei ihm hingewiesen.

Weniger ausführlich berichtet er familiäre Probleme mit dem in die Pubertät gekommenen Sohn und Unzufriedenheit in der Partnerschaft mit seiner Frau. Letzteres habe er, wie er beiläufig erwähnt dadurch gelöst, dass er gelegentlich mit anderen Frauen sexuelle Beziehungen habe oder, beispielsweise, wenn er länger auswärts sein müsse, über Hostessenservice Frauen finde.

Zuletzt spricht er unmittelbar an, dass niemand wissen dürfe, dass er sich an ihn gewandt habe, er befürchte sowohl beruflich als auch privat hierdurch massive Nachteile. Deshalb habe er beschlossen, die Therapie privat zu bezahlen - "wenn es hilft, ist mir das auch gutes Geld wert". Seine Frage jedoch sei, „wie können wir das am Finanzminister vorbei machen“, er habe hierzu nur Schwarzgeld zur Verfügung.

Bis auf die nicht dargestellte Begrüßung und Eröffnung der ersten Therapiesitzung ist meine Beschreibung ein zusammengefasster Handlungsmonolog, wobei ich in meiner Beschreibung auf Darstellung seiner Mimik und Gestik verzichtet habe.

Es steht jetzt ein Handlungsdialog an, auf den ich, - auch wenn wir gerne wissen würden, wie er mit dieser Situation umgegangen ist, - nicht näher eingehen möchte.

Stattdessen möchte ich mit diesem Beispiel jetzt auf eine andere Ebene der Betrachtung übergehen und die Situation aus dem Blickwinkel der ethischen Verantwortung des Psychotherapeuten für die therapeutische Situation näher untersuchen. Ich komme immer wieder auf die dargestellte Situation darauf zurück. Der dargestellte Handlungsmonolog beschrieb die Situation des Patienten: der Kollege hatte einen Menschen vor mir, der bei ihm Hilfe sucht und sich daher auch in eine Abhängigkeit begibt. Der Patient geht auch davon aus, dass er Mittel und Wege hat, ihm hilfreich sein zu können. Er ist auch bereit, das zu vergüten.

Mit Bezug auf Pieper weist Eich (1994) darauf hin, dass unser Handeln im therapeutischen Dialog immer durch ethische Prinzipien bestimmt ist, die sich jedoch immer auch auf das Gegenüber beziehen müssten.

Im Falle dieses Patienten ist das also weniger die Einstellung des Kollegen zum Finanzamt sondern die Frage, wie geht er mit dem verlockenden Angebot mit Blick auf die Bedeutung auf die mögliche psychotherapeutische Behandlung um.

Wir müssen uns also mit den ethischen Prinzipien der Gestaltung der therapeutischen Beziehung befassen.

Als Aufgaben der Ethik beschreibt Pieper:

1. Die Bestimmung des eigenen Handelns unter Reflexion der Interessen und Freiräume anderer, d. h. die Reflektion moralischen Handelns
2. Einübung in moralische Freiheit, das heißt kritische Beurteilung moralischer Haltungen und alternativer Handlungsmöglichkeiten sowie
3. Sensibilisierung für die fundamentale Bedeutsamkeit von moralischer Kompetenz und sozialer Verantwortung

Pieper versteht hierbei unter moralischer Kompetenz die "Fähigkeit, in allen Situationen, die ein Handeln erforderlich machen, im Hinblick auf das Prinzip der Freiheit verbindlich, das heißt mit guten Gründen zu entscheiden, was zu tun ist".

Psychotherapie ist zwar eine sehr spezifische Situation, die Handeln erforderlich macht und sie ist somit diesen ethischen Zielen verpflichtet. Eich weist jedoch darauf hin, dass eine psychotherapeutische Ethik nach Darstellung von Engelhardt „keine Sonderethik darstellt, sondern eine Ethik einer besonderen Situation“ sei.

Wichtig ist Eich weiterhin, dass die Frage der Ethik und die Auseinandersetzung mit ihr nicht zu schnell durch eine Moral, einen Verhaltenskodex mit Verboten und Geboten ersetzt werden solle, sondern dass wir den Diskurs über die Ethik aufgreifen müssen, um hieraus gegebenenfalls spezifische, für die psychotherapeutische Situation erforderliche Handlungskodizes zu entwickeln.

Heilkundliche Ethik kann keine allein auf den Handelnden bezogene deontologische Ethik sein, sie hat hierbei immer den Patienten und dessen Umwelt, die sozialen und wirtschaftlichen Einflüsse, die Rolle der Familie und der Freunde usw. zu berücksichtigen. Eich arbeitet hierbei heraus, dass sich die Ethik in der Organmedizin in wesentlichen Bereichen von der der Psychotherapie unterscheidet.

Die Medizinethiker Beauchamp und Childress stellen die ärztliche Situation idealtypisch und von mir verkürzt zusammengefasst folgendermaßen dar:

Der Arzt führt eine Diagnostik durch und sucht wirkungsvolle Therapiemöglichkeiten nach aktuellem Stand der Wissenschaft. Über beides, Diagnose und Therapiemöglichkeiten informiert er den Patienten und führt dann mit Einverständnis

des Patienten die Behandlung durch. Ziel der Behandlung ist, das Leiden des Patienten zu beseitigen.

Auf den ersten Blick kann die psychotherapeutische Situation identisch gesehen werden. Die psychotherapeutische Situation ist jedoch im Unterschied zur Situation des Arztes von Beginn an ein dyadischer Prozess, der immer in den sozialen Kontext des Patienten eingebunden ist.

Motivation des Patienten, sich in eine psychotherapeutische Allianz zu begeben ist sein Unglückzustand, sein Leiden. Dieses kann zwar primär individuell bedingt, das heißt intrapsychisch sein. Es ist jedoch meist mit geprägt durch die sozialen und gesellschaftlichen Beziehungen des Patienten. Das heißt beispielsweise, dass die Reaktionen der Umwelt auf die Probleme des Patienten sein Leiden mit prägen. Somit ist er nicht als frei Entscheider zu sehen, sondern sowohl verinnerlichte als auch reale Beziehungen beeinflussen seine Handlungsmöglichkeiten.

Der Therapeut selbst ist in seiner Entscheidungsfreiheit wiederum in wirtschaftlicher Abhängigkeit von der Finanzierung der Behandlung entweder durch Patienten - ich Verweise auf mein Beispiel - oder über die Versicherung des Patienten mit Begrenzungen unseres Gesundheitssystems konfrontiert, die dadurch beeinflussten Handlungsoptionen wirken unmittelbar zurück auf die Therapie.

So befinden sich Therapeut und Patient in einem ethischen Konfliktfeld, dass die Psychotherapie bei dem Versuch der Herstellung eines besseren Befindens des Patienten einerseits am leidenden Individuum ansetzt, andererseits jedoch auch auf die soziale Umwelt des Patienten und somit den gesamten Behandlungsprozess einwirkt.

Das erste Gespräch mit dem Patienten ist nicht nur eine diagnostische Erfassung seiner "psychischen Störung", sondern ab dem ersten Moment die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung.

Auf der einen Seite der Therapeut, der über ein Fachwissen und Erfahrung über Genese und Veränderungsmöglichkeit psychischer Erkrankungen verfügt und einbringt. Im Handlungsdialog nutzt er sein ganzes Sensorium, seine Wahrnehmung über den Patienten, die Wahrnehmung seiner Reaktionen auf den Patienten und seinen Therapeutenwissen.

Auf der anderen Seite der Patient, ein Hilfe suchender Mensch, der in dieser Situation als einziger Zugriff auf die Informationen über das eigene Leiden, sein Fühlen, seine Lebensgeschichte, sein Denken und Handeln hat und dieses möglichst offen in den Handlungsdialog einbringen soll.

Somit ist der diagnostische Prozess schon Bestandteil des therapeutischen Prozesses und kann nicht von diesem unabhängig gesehen werden.

Andererseits tauchen im therapeutischen Prozess häufig neue Erkenntnisse oder auch bisher noch nicht bekannte Symptome auf, so dass der Behandlungsprozess wiederum immer auch Diagnostik ist.

Dies ist ein wichtiger Unterschied im Vergleich zur Trennung von Diagnostik und Therapie beim ärztlichen Handeln. Ab dem ersten Moment der Begegnung zwischen Patient und Psychotherapeut wird eine ethisch geprägte spezifische Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung, des psychotherapeutischen Dialogs und Raums als Bestandteil des psychotherapeutischen Prozesses geschaffen und gestaltet.

Ich kann an dieser Stelle nicht weiter auf die weiteren Spezifika der psychotherapeutischen Ethik im Vergleich zur ärztlichen Ethik eingehen, sondern möchte zu den daraus abzuleitenden Problemen der Abstinenz als ein therapeutischer Kodex kommen.

Wie ich ausgeführt habe, gestaltet sich der Handlungsraum ab dem ersten Moment der Begegnung. Verantwortlich dafür, dass hierbei ein psychotherapeutischer Handlungsraum ermöglicht wird, in dem ein psychotherapeutischer Prozess entstehen kann, liegt immer beim Psychotherapeuten. Dies umso mehr auf dem Hintergrund, dass psychische Erkrankung auch eine Störung der Fähigkeit zur Gestaltung von Beziehungen bedeutet.

Um dies anhand meines eingangs beschriebenen Beispiels zu verdeutlichen: Nicht die möglichen Konsequenzen mit dem Finanzamt sollten die Reaktion des Kollegen auf den Patienten prägen, sondern die Verantwortung, dass er mit seiner Reaktion auf dessen Angebot das Gelingen oder möglicherweise Misslingen der Psychotherapie einleitet, dass er dadurch den psychotherapeutischen Raum mit seinen Freiheiten, aber auch seinen Grenzen gestaltet.

In der Psychoanalyse begann die Auseinandersetzung mit der Abstinenz aus der psychotherapeutischen Praxis. Freud erkannte in der Art von Beziehung zwischen Arzt und Patientin erstmals in der Behandlung von Anna O. durch Josef Breuer ein eher allgemeines Phänomen der Entwicklung der Übertragung und Gegenübertragung.

Die Patientin hatte sich in Breuer verliebt und ihn selbst beschäftigte, beziehungsweise man könnte sagen, ihn quälte diese Liebe seiner Patientin und seine zunehmende Zuneigung ihr gegenüber zunehmend mehr. Es gelang ihm kaum, sich hiervon zu distanzieren und die professionelle Beziehung aufrecht zu erhalten. Er entschied sich dann, nachdem seine Ehefrau einen Suizidversuch unternommen hatte, die Behandlung abubrechen.

Nur am Rande bemerkt bis heute immer wieder die letzte Rettung bei entgleisenden Psychotherapien, sehr zum Schaden der Patienten.

Um den psychoanalytischen Prozess sicherzustellen forderte Freud den Grundsatz der Abstinenz, dass die Behandlung so geführt werden solle, dass der Patient keine Befriedigung oder Ersatzbefriedigung seiner Übertragungswünsche in der Behandlung finden kann, was für den Analytiker bedeutet, sich die Befriedigung seiner in der Behandlung aufkommenden Wünsche ebenfalls zu versagen. Freuds Begründung war, dass sich nur so der Selbsterkenntnisprozess der Patienten gegen den Widerstand der Abreaktionen weiter gestalten lässt.

Ich möchte dem Diskurs in der Psychoanalyse zum Umgang mit der Abstinenz an dieser Stelle nicht weiter nachgehen, sondern dergestalt zusammenfassen, dass sich die Erkenntnis durchsetzte, dass eine falsch verstandene Abstinenz als emotionale Distanz bei den Patienten ebenso ein Kindheitstrauma wieder beleben kann, das zur Entwicklung eines gestörten narzisstischen Selbst geführt hat und möglicherweise Behandlungsanlass war.

Krutzenbichler greift nach seiner Darstellung der historischen Auseinandersetzung mit der Abstinenzregel in der Psychoanalyse die Situation der letzten Jahre auf: neben der Diskussion über Grundsatzfragen von Haltung und Technik in der psychoanalytischen Behandlung wurde in Zusammenhang mit der wieder

aufgekommenen Auseinandersetzung mit Realtraumatisierungen und deren Folgen die immense Wichtigkeit des Rahmens der Behandlung vertieft diskutiert.

Da, wie Cremerius schreibt, die psychotherapeutische Behandlung eine "Überschreitung der üblichen gesellschaftlichen Konventionen von der Methode her" ist, bedarf sie eines psychotherapeutischen Kodex, der Glaubwürdigkeit, Schutz und Verlässlichkeit für den Rahmen der Behandlung und somit für Analysanden und Analytiker bietet.

Wie uns aus den vorangegangenen Darstellungen von Frau Becker-Fischer deutlich wurde, können vor allem sexuelle Grenzüberschreitungen von Psychotherapeuten verheerende Folgen von Beziehungs- und Vertrauensunfähigkeit, von jahrelanger Arbeitsunfähigkeit und Hörigkeit bis hin zu psychotischer Dekompensation und Suizid haben.

Dabei sind Fälle ohne solche Konsequenzen, so Krutzenbichler, völlig unerheblich. Nicht die tatsächlich eintretenden, sondern das bewusste in Kauf nehmen solcher bekannter Folgen zu Gunsten persönlicher Bedürfnisbefriedigung bestimmen solches Handeln als zutiefst unethisch.

Krutzenbichler betont hierbei auch die Bedeutung des Abstinenzverbots als Schutz für Patienten und Analytiker. Erst die Identifizierung mit diesem Gesetz, das uneingeschränkt für alle gilt und mit dem sich der Analytiker identifizieren muss, ermöglicht dem Analytiker einen freien Umgang mit seinen Gegenübertragungsgefühlen und ermöglicht ihm einen Spielraum im analytischen Prozess.

Aus der Diskussion über sexuelle Übergriffe und sexuellen Missbrauch in Psychotherapien entfaltete sich nicht nur bei den Psychoanalytikern eine breite Diskussion über die Gestaltung des therapeutischen Raumes durch den Psychotherapeuten. Die Diskussion beschränkte sich auch nicht nur auf den sexuellen Missbrauch in Psychotherapien.

Reflektiert wurde mehr und mehr die Asymmetrie zwischen dem leidenden Patienten einerseits und dem Psychotherapeuten mit seinem Therapiewissen andererseits. Das bedeutet ein Gefälle, auf das sich der Patient - sofern er sich auf die Behandlung einlassen möchte - einlassen muss.

Sexuelle Übergriffe, jedoch auch deren Vorstufen im Therapieprozess sind, so Schulte, immer auch Ausdruck der Macht des Therapeuten über die Patientin, die nicht in der Lage ist, sich gegen die Übergriffe zur Wehr zu setzen. Die Schwierigkeit, sich zu wehren begründet sich einerseits in dem regressiven Therapieprozess, kann jedoch auch Folge einer Überidentifikation bis hin zu pathologischer Identifikation mit der noch immer bestehenden sozialen Frauenrolle mit der Bereitschaft zur Befriedigung der Bedürfnisse Anderer, mit Schuldbereitschaft, mit Neigung zu Hilflosigkeit und Unterwerfung sowie dem Verbot von aggressiver Wehrhaftigkeit gegen eine Autoritätsperson sein.

Das Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient kann bei manchen Patienten bedingt durch den therapeutischen Prozess und die eigene Psychopathologie die Bereitschaft fördern, sich schwach, bedürftig, abhängig zu zeigen und an die Hilfsbereitschaft und den Halt des Psychotherapeuten appellieren. Dies gilt vermehrt für Psychotherapieformen, in denen mit regressiven und Übertragungsprozessen, sprich in analytischen und tiefenpsychologischen Behandlungen, gearbeitet wird.

Therapeuten, die in derartigen Situationen mit zu großer und unreflektierter Hilfsbereitschaft reagieren, geraten leicht in Gefahr, dass sie dafür Anerkennung, besondere Beachtung erwarten, was seitens der Patienten wiederum mit noch stärkerer Hilfsbedürftigkeit, sprich die regressiver Reaktion beantwortet werden kann.

So kann narzisstischer Übergriff entstehen, in dem der Therapeut versucht, eigene Bedürfnisse nach Anerkennung, Beachtung und Bewunderung zu erhalten. Diese Wünsche werden meist sehr subtil vorgetragen, was bei den Patientinnen, die dies zwar wahrnehmen, jedoch nicht in den therapeutischen Prozess einbringen können, zu Verwirrung über ihre eigene Rolle und ihre Gefühle führt. Sie können ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr von denen des Therapeuten differenzieren, mit der Gefahr, dass sie immer mehr deren Erwartung leben. Häufig sind derartige narzisstische Übergriffe Vorstufen sexuellen Missbrauchs. Sie sind schwer fassbar, meist subtil, spät zu erkennen.

Eine andere Form von Machtmissbrauch ist die Ausbeutung oder Ausnutzung der Schuldgefühle von Patienten. Das Einfordern von Dienstleistungen als Dank für die gute Behandlung, aber auch die Nutzung von angebotenen Dienstleistungen führen zur Auflösung des therapeutischen Raumes und Prozesses, die Patientenrolle wird privatisiert und für eigene Zwecke missbraucht.

Im Voyeurismus, verdeckt als besonderes Interesse an bestimmten Erlebnissen des Patienten oder der Patientin, kommt ebenfalls ein Machtübergriff zum Ausdruck. Die Patienten können sich dagegen meist schlecht oder nicht wehren, denn „die Offenheit ist ja wichtig für die Therapie“. So wird der Wunsch der Patienten nach Schutz ihrer Intimsphäre und ihre Schamgrenze verletzt, wenn das Nachfragen und Interesse des Therapeuten nicht mehr therapeutisch erforderlich ist, sondern Therapeutenbedürfnisse befriedigt.

Weitere Grenzverwischungen in Psychotherapien kommen in Komplizenschaft zum Ausdruck - ich erinnere an mein Beispiel. Hierdurch kommt eine besondere Form von Intimität zwischen Therapeut und Patient auf, die jedoch keine Offenheit mehr ermöglicht.

Zu ähnlichen Verwicklungen kann es von Seiten der Therapeuten kommen, wenn diese ihren Patienten Intimitäten anvertrauen und diese gleichzeitig zur Verschwiegenheit verpflichten. So kommt im Patienten Rollendiffusion und Verunsicherung auf, gleichzeitig jedoch auch narzisstische Bestätigung, dass der Therapeut ihm, dem Patienten so viel Vertrauen entgegenbringt, ihm das mitzuteilen.

Der Rahmen der Behandlung und somit die Sicherheit für die Patienten kann auch dadurch zerstört werden, dass vereinbarte Zeiten und der Zeitrahmen der Therapiestunde nicht eingehalten werden, der Therapieraum nicht vor Eingriffen von außen, beispielsweise Telefonanrufe oder auch Störung durch Familienangehörige des Therapeuten, geschützt ist.

Bei größeren Geschenken der Patienten ist zu hinterfragen, ob besondere Schuldgefühle der Patienten therapeutisch nicht beachtet wurden oder von Seiten des Therapeuten, wie oben schon dargestellt, besondere Wünsche nach Beachtung und Bewunderung zum Ausdruck gebracht werden.

Die dargestellten Grenzverletzungen und Übergriffe können in weniger ausgeprägter Form in allen Behandlungen vorkommen. Sollte ein Therapeut feststellen, dass derartige Rahmenverletzungen stattfinden, sollte er dringend Supervision aufsuchen, um mit kollegialer Hilfe aus der Verstrickung mit dem Patienten herauszukommen. Es ist dann seine Aufgabe, seine ganze therapeutische Kunst dafür einzusetzen, dass der erforderliche therapeutische Rahmen wieder hergestellt wird, um die Behandlung im Sinne der weiteren Entwicklung des Patienten fortsetzen zu können.

Lassen Sie mich abschließend kurz zusammenfassen, dass Abstinenz einerseits eine moralische Forderung an den Psychotherapeuten ist, andererseits jedoch die offene Auseinandersetzung mit den Grenzen der Psychotherapie und den eigenen Behandlungen zu einer Verinnerlichung führen und somit zu ethischer Verantwortung werden.

Dies gilt vor allem auch für die psychotherapeutische Ausbildung, in der die Auseinandersetzung mit der ethischen Verantwortung des Psychotherapeuten sowohl unter philosophischen als auch unter handlungspraktischen Gesichtspunkten ausreichend Zeit haben sollte.

Voreilige Versuche, dies durch rasche Vermittlung von Verhaltensvorschriften zu ersetzen kann zwar zu zeitlicher Entlastung führen, ermöglicht den Ausbildungskandidaten jedoch nicht eine vertiefte Auseinandersetzung mit den in Psychotherapien entstehenden ethischen und moralischen Konflikten.

Deshalb möchte ich mit der selbstkritischen Äußerung von Freud in einem Brief an Ferenczi enden, nicht ohne zuvor Krutzenbichler mit seinem provokativen Stil zu zitieren: Freuds Ratschläge zur Abstinenz - und jetzt das Zitat – „gerieten (bei den Psychoanalytikern) zu einem unreflektierten malignen technischen Instrumentarium mit der Inthronisierung des unnahbaren schafsgesichtigen Blechaffens als entpersonifizierten Standard-Analytiker. Darüber echauffierte sich Freud in einem Brief an Sandor Ferenczi: (und jetzt Freud): Dabei erzielte ich aber, dass die Gehorsamen die Elastizität dieser Abmachung - gemeint ist die Abstinenz - nicht bemerkten und sich ihnen, als ob es Tabu-Verordnungen wären, unterwerfen. Das müsste einmal revidiert werden, allerdings ohne die Verpflichtung aufzuheben.““

Vielen Dank

Literatur:

Eich, H (1994): Beiträge zu einer Ethik der Psychotherapie. In: Arnold, E.; Sonntag, U (Hg.): Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. Tübingen, dgvt Verlag (1994) S. 72 - 82

Krutzenbichler, S (2006): Liebe und Abstinenz im psychoanalytischen Prozess. Zur Notwendigkeit von Grenzüberschreitungen um schützende Grenzen wahren zu können.

In: Strauß, B.; Geyer, M. (Hg): Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht (2006) S. 189 – 198

Schulte, C. (1995): Von vielfältigen Formen des Machtmissbrauchs in Therapien oder: Das Risiko Therapie für Frauen. In: Sonntag et. al (Hg.): Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern Tübingen, dgvt Verlag (1995) S. 27 - 54

Weiterführende Literatur:

Arnolde E. et. al. (Hg.): Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Köln, GwG-Verlag (2006)

Arnold, E.; Sonntag, U (Hg.): Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. Tübingen, dgvt Verlag (1994)

Sonntag et. al (Hg.): Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern Tübingen, dgvt Verlag (1995)

Strauß, B., Geyer, M.(Hg): Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht (2006)

Wiesing U. (Hg.): Diesseits von Hippokrates. 20 Jahre Beiträge zur Ethik in der Medizin im Ärzteblatt Baden-Württemberg. Stuttgart, Gentner Verlag (2003)

Zwettler-Otte, S (Hg.): Entgleisungen in der Psychoanalyse, Berufsethische Problem. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht (2007)