

Machtmissbrauch in der Psychotherapie

3. November 2022 [Focus: Psychotherapie](#)

Eine **kompetente Persönlichkeit der Therapeut:innen** ist ein prognostisch wichtiger Parameter für die therapeutische Beziehung und den Outcome der Therapie.

Grundlagen einer adäquaten Behandlung psychisch kranker Menschen sind **geeignete Ausbildungssysteme in einem damit verknüpften geeigneten Versorgungssystem**.

Missbrauch kann sich in verschiedenen Formen ausdrücken, in einem Spektrum von manifesten sexuellen Übergriffen, diversen Arten der Ausbeutung bis zu subtilen manipulativen Beeinflussungen. Auch wenn das für alle abhängigen Beziehungsformen gilt, stellt die Beziehungskonstellation in einer Psychotherapie eine besonders vulnerable Situation dar, in der ein Missbrauch des Vertrauensverhältnisses zu schwerwiegenden Folgen führt. Über diese Folgen gibt es bereits eine Vielzahl von Publikationen (vgl. z. B. COPE Group on Boundary Violations der APsaA, 1996 bis dato), auch präventive Maßnahmen werden seit langem diskutiert.¹

Im Folgenden fokussieren wir auf verschiedene Faktoren, die im Vorfeld positiven oder negativen Einfluss auf die für diesen Beruf erforderliche besondere ethisch-therapeutische Haltung nehmen können. Dazu zählen die persönlichen Vorbedingungen in der Auswahl von Ausbildungskandidat:innen für Psychotherapie, Kriterien der Ausbildungen und Berufszulassungen sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen während der laufenden Berufsausübung. Ganz wesentlich sind von einer therapeutischen Ethik geleitete institutionelle Rahmenbedingungen, sowohl in den Ausbildungsinstitutionen als auch in den Behandlungseinrichtungen, um einem strukturellen institutionellen Machtmissbrauch vorzubeugen und Willkür, missbräuchliche Haltungen und Entwicklungen zu verhindern, die ihrerseits einem Missbrauch in Behandlungssituationen den Boden bereiten können. Hinsichtlich der gerade laufenden Gesetzesnovelle für das Psychotherapiegesetz in Österreich halten wir dieses Thema für von höchst aktueller Bedeutung, da die gesetzlichen Grundlagen die Basis für die Weiterentwicklung und Gestaltung der Psychotherapie-Versorgung in Österreich darstellen.

Die Rolle der Versorgungsstrukturen und Institutionen

Unsere Welt ist voller komplexer Anforderungen, die Dinge sind nicht selbsterklärend, sodass wir auf sichere, verlässliche und verantwortungsbewusste Personen angewiesen sind. Dabei fungiert eine konsistente, verstehbare, altersgemäße und verarbeitbare verbale sowie nonverbale („affective cues“,

Mimik, subliminale Wahrnehmung) Kommunikation als Katalysator für epistemisches Vertrauen.

Epistemisches Vertrauen ist aus Sicht des Mentalisierungskonzeptes eine Errungenschaft von frühen sicheren Beziehungserfahrungen und auch solchen, die eine Person in ihrer weiteren Biografie gemacht hat und die durch Übertragungsprozesse unbewusst in jeder psychotherapeutischen Beziehung reaktiviert werden. Epistemisches Vertrauen steht dabei in enger Beziehung zur Anpassung an einen sozialen Rahmen, in dem sich eine Person – begrenzt durch ihre interpersonalen Kompetenzen und beeinflusst von ihren Konflikten – permanent weiterentwickelt. Epistemisches Vertrauen ist „die Bereitschaft eines Individuums, die Kommunikation, die das Wissen einer vertrauenswürdigen Person vermittelt, als für die eigene Person verallgemeinerbar und relevant zu betrachten, und entsteht aus dem Empfinden, sich emotional und kognitiv von einer anderen Person verstanden zu fühlen“.²

Machtmissbrauch durch Strukturen

Die zunehmende Ökonomisierung, Technisierung und Verrechtlichung der Gesundheitsversorgung, der Psychotherapie bzw. der therapeutischen Beziehung birgt die Gefahr einer Fragmentierung, einer persönlichen, kurzgeschlossenen, individuellen Realitätsbildung und verstärkt damit Unsicherheiten, die – psychoanalytisch betrachtet – reflektiert, durchdacht, manchmal affektiv metabolisiert, verarbeitet werden müssen und aufgrund der Komplexität gerade für die therapeutische Beziehung herausfordernd sind. Stehen Spaltungs- und Fragmentierungsmechanismen im Vordergrund, dominieren folglich unreife Über-Ich-Anteile, und es kommt zur Abnahme jener Über-Ich-Anteile, die in ihrer wohlwollend stützenden Funktion identitätsgebend, grenzziehend und sicherheitsgebend sind.

Auf diese Weise kann bereits die strukturelle Gestaltung im Rahmen des Gesundheitssystems einen Machtmissbrauch darstellen, indem es die im psychotherapeutischen Kontext erforderlichen Voraussetzungen für die wesentlichen legierenden affekt-kognitiven Entwicklungsschritte in der Identitätsbildung behindert bzw. einschränkt, die zu einer Etablierung einer stützenden Über-Ich-Funktion beitragen könnten.

Kriterien der Qualifikation zur Berufsausübung

- **Zur Frage der kompetenten Persönlichkeit der Therapeut:innen** als prognostisch wichtiger Parameter für die therapeutische Beziehung und das Outcome der Therapie:
Gerade in der Behandlung strukturell früh gestörter und chronisch belasteter Patient:innen und in Krisensituationen spielt neben der Berufserfahrung die reife, kompetente Persönlichkeit der/des Therapeut:in eine zentrale Rolle, wie die Ergebnisse der Studie³ zeigen (vgl. auch ⁴⁻⁶). Seitens der/des Patient:in ist nicht das Ausmaß der symptomatischen psychischen Belastung für ein ungünstiges Therapieergebnis entscheidend, sondern die Chronizität der psychischen Störung und die strukturellen Belastungen der/des Patient:in. Erfolgreiche Therapeut:innen sind diejenigen, die zugunsten der therapeutischen Beziehung, wenn notwendig, konzeptuelle Modifikationen der Therapie durchführen: Beispielsweise einer/einem Patient:in mit großer Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit und Kontrolle zunächst eine niedrige Sitzungsfrequenz anzubieten, die später bei gegebener Indikation auf das notwendige Ausmaß erhöht wird. Also nicht die Konzepttreue, sondern vielmehr die therapeutische Beziehung ist entscheidend.

Passung als Erfolgsfaktor: Was genau kompetente Psychotherapeut:innen machen oder nicht tun, ist Gegenstand intensiver Forschungsbemühungen. Es ist anzunehmen, dass die unzureichend kompetente Persönlichkeit zu häufigerer fehlender Passung führt. Im Sinn von Kernberg (1965) „The Analyst may be at his worst with a certain patient“ können bei bestimmten Patient:innen eigene ungelöste Konflikte mobilisiert werden und den Behandlungsprozess negativ beeinflussen.⁷ Diese *within-therapist variability*, also die Erfolgsvariabilität, wirft auch die Frage auf, wie viele Effektivitätsunterschiede der Nichtpassung zwischen der Persönlichkeit der/des Therapeut:in und der/des Patient:in oder der Person der/des Patient:in zugeschrieben werden müssen. Therapeut:innen, die über ein ausreichendes Maß an professioneller Selbstkritik („professional self doubt“) verfügen, wie Wampold et al. auf Basis von Studien mehrerer Autor:innen betonten⁴, können durch Weiterbildung, die auch Selbsterfahrung und Supervision einschließt, die Passung verbessern. In der Ausbildung hat hier insbesondere die Selbsterfahrung neben der Supervision einen entscheidenden Stellenwert.⁸

- **Zur Frage der Ausbildung:** Es ist erforderlich, bereits bei Studienbeginn ein spezifisches Auswahlverfahren zu installieren, um Personen mit nichtgeeigneten Persönlichkeitsvoraussetzungen im Vorfeld der Berufsausbildung erfassen zu können und dem/der Kandidat:in eine orientierende Rückmeldung (z. B. bzgl. Nachschulung, Vorbereitung, Umorientierung etc.) zu geben. In der weltweit laufenden SPRISTAD-(Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development-)Studie gaben die meisten Studiengänge an, dass sie bevorzugt individuelle und direkte Informationen über die Bewerber:innen einholen, d. h. Interviews mit Dozent:innen.⁸ Auch während der Ausbildung, beispielsweise vor nächsten Ausbildungsschritten, sollten Screenings vorgesehen sein und eventuell entsprechende bereits vorhandene Instrumentarien genutzt werden, um Persönlichkeitseignungen/-schwächen zu erfassen, um entsprechende Maßnahmen wie z. B. eine vertiefte Eigentherapie fordern zu können. Eine hohe diesbezügliche Sorgfalt dient auch dem Schutz der Auszubildenden vor einer nichtgeeigneten Berufswahl und vor späterer beruflicher Überforderung.⁹
- Psychotherapie – ein asymmetrischer zwischenmenschlicher Prozess:** Zahlreiche Ausbildungsprogramme in Österreich, aber auch weltweit^{8, 10, 11} betonen Maßnahmen, die darauf abzielen, professionelle Psychotherapeut:innen auszubilden und die Fähigkeiten in „fortgeschrittenen“ Ausbildungsstadien weiter zu verbessern, welche die allgemeine Natur der Psychotherapie als einen intimen, aber asymmetrischen zwischenmenschlichen Prozess widerspiegeln, der hauptsächlich zum persönlichen Nutzen der/des Patient:in oder Klient:in und nur zum „unpersönlichen“ beruflichen/ökonomischen Nutzen der/des Therapeut:in durchgeführt wird. Die Fähigkeit, dies erfolgreich zu tun, erfordert ein Maß an zwischenmenschlicher Sensibilität und Selbstdisziplin, das weit über jenem der durchschnittlichen Bevölkerungsnorm liegt. In der Regel werden Auszubildende ausgewählt, die überdurchschnittliche Talente aufweisen, und die Ausbildung konzentriert sich in der Regel auf die Verfeinerung dieser Talente auf ein Niveau, das sie im Idealfall sicher und effektiv macht, wenn sie in der Praxis angewendet werden.¹² Es ist wichtig, dass man diesem Ideal so gut wie möglich nahekommt, aber manchmal unvermeidlich, dass das Ideal von einigen, die in Ausbildungsprogramme aufgenommen wurden und diese abgeschlossen haben, verfehlt werden kann.¹³⁻¹⁵

Umgang mit Patient:innen mit komplexen Störungsbildern

Um einer adäquaten Behandlung psychisch kranker Menschen gerecht zu werden, bedarf es nicht nur

geeigneter Ausbildungssysteme, sondern auch eines damit verknüpften geeigneten Versorgungssystems, das in Abstimmung mit Stakeholdern, Versicherungsträgern, NGOs entsprechend einem Strukturplan durchdacht und verbindlich geplant ist (entsprechend dem Österreichischen bzw. Regionalen Strukturplan Gesundheit [ÖSG bzw. RSG]. Der ÖSG enthält Planungsaussagen für ausgewählte Bereiche der ambulanten und der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte). Dies ist nötig, um Behandler:innen/Auszubildende beispielsweise nicht zu überfordern bzw. auszubeuten⁹ und Patient:innen ein geeignetes gutes Therapieangebot professionell zur Verfügung stellen zu können.

Die psychotherapeutische Begleitung von Patient:innen mit komplexen Störungsbildern stellt im stationären wie ambulanten und niedergelassenen Bereich eine Herausforderung dar, der die Psychotherapeut:innen nur dann gewachsen sind, wenn eine profunde Psychotherapieausbildung die Grundlage bildet, weitreichenden Blockaden und Fixierungen der Psychodynamik der schwerkranken Patient:innen mit einem hohen Maß an Selbstdistanzierung und Selbstreflexion zu begegnen. Die Anwendung adäquater therapeutischer Methoden gelingt, wenn in der Ausbildung ausreichend Erfahrung unter kontinuierlicher Supervision im therapeutischen Umgang mit Personen, die an schweren Störungsbildern leiden, gemacht werden konnte.

Auswirkungen des Personalmangels

Da zur Zeit ein Personalnotstand im stationären Bereich des gesamten Gesundheitssystems besteht und damit auch im psychiatrischen Bereich, wird es zunehmend schwierig, Patient:innen eine Entlastung durch eine stationäre Aufnahme zu ermöglichen, wo ein differenzierter Zugang zu der individuellen Krisensituation der/des betroffenen Patient:in, dem biopsychosozialen Modell verpflichtet, multiprofessionell und multimodal umgesetzt werden kann. Dies führt rückwirkend zu einer Überlastung im niedergelassenen Bereich mit einer Zunahme von zeitintensiven und die Therapeut:innen emotional belastenden Krisenbetreuungen.

Die Personalknappheit führt auch zu einer Unterbrechung der Betreuungskontinuität an der Schnittstelle zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich. Dieser Umstand wiegt bei Menschen mit komplexen Störungsbildern besonders schwer, die den Wechsel des Settings und der/des Therapeut:in allein nicht erfolgreich vollziehen können.

Die in der Psychotherapieausbildung grundlegende Selbstdistanzierung und Selbstreflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit zu pflegen und weiterzuentwickeln bedarf im niedergelassenen Bereich einer konsequenten Eigeninitiative und Selbstverantwortung, um emotionale und psychohygienische Entlastung durch Supervision, Intervision und interdisziplinären Austausch zu ermöglichen.

Indikationsstellungsprozesse

Eine differenzierte und differenzielle Indikationsstellung, die eine multiaxiale Diagnose, die Notwendigkeit und Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung, die gewählte Methode (und deren Eignung), Frequenz und die voraussichtliche Dauer beinhaltet, stellt eine grundlegende Anforderung dar, die jeder psychotherapeutischen Behandlungsplanung zugrunde liegen sollte. Grundlage dafür sind entsprechende Ausbildungsinhalte in Diagnostik, ein ausreichendes (Erfahrungs-)Wissen über das jeweilige Spektrum des eigenen und anderer Therapieverfahren, das Anerkennen der eigenen persönlichen und fachlichen Grenzen

der psychiatrischen Fachgruppe. Eine gut operationalisierte Indikationsstellung über die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren hinweg halten wir für eine grundlegende Maßnahme zur Qualitätssicherung und aufgrund der Überprüfbarkeit auch für ein wichtiges Instrument gegen Machtmissbrauch – bedingt durch narzisstische oder pekuniäre Bedürfnisse von Therapeutenseite sowie durch (nicht-ASVG-konforme) Behandlungsbeschränkungen seitens der Krankenkassen. Auch für diesen Bereich sollte eine ausreichende verbindliche Grundlage geschaffen werden, die Indikationskriterien für verschiedene Therapieformen erfasst (die wegen unterschiedlicher Frequenz und Behandlungsdauer auch für den Sozialversicherungsbereich maßgeblich sind) und damit unwirksame oder unzureichende Behandlungsangebote hintanhält.

Autorin:
**Univ.-Prof.in
Dr.in Henriette
Löffler-Stastka**

Autorin:
Dr.in Eva Horvath

Autorin:
Dr.in Bettina Fink

Literatur

1. Gutheil TG,
Gabbard GO,
Am J
Psychiatry
1993;

Autorin:
**Dr.in Karin
Matuszak-Luss**

Ursprünglich
erschieden:
SP 03|2022

Publikationsdatum:
2022-11-03

150(2):188–96

2. Fonagy P et al., Psychopathology 2019; 52 94–103

3. von Wyl A et al. (Hrsg.), Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der «Praxisstudie ambulante Psychotherapie» zu zehn unterschiedlichen Verfahren, Psychosozial Verlag, Giessen 2016

4. Wampold BE et al., How and why are some therapists better than others: Understanding therapist effects. In Castonguay LG, Hill CE (Hrsg.) Therapist Effects; American Psychological Association, Washington DC 2017

5. Schöttke H et al., Psychother Res 2017; 27(6):642–52

6. Anderson T et al., J Clinical Psychol 2009; 65(7):755–68

7. König K, Gegenübertragungsanalyse; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993

8. Löffler-Stastka H et al., (2022) Psychotherapy Training Programs: Variations and methods – A survey across 16 nations; Abstractbook, SPR–Conference 22.–24. September 2022 in Rom

9. Heinonen E et al., Front Psychol 2022; 13:864691

10. Löffler-Stastka H et al., psychopraxis.neuropraxis 2018; 21(5):227–231

11. Löffler-Stastka H et al., Z Psychosom Med Psychother 2019; 65(4):341–52

12. Norcross JC, Lambert MJ et al., Psychotherapy (Chic) 2018; 5(4):303–15

13. Baldwin SA, Imel ZE, Therapist effects: Findings and methods. In: Lambert MJ (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change 6th edition, S. 258–97; Wiley, New York 2013

14. Johns RG et al., Clin Psychol Rev 2019; 67:78–93

15. Orlinsky DE et al., Psychotherapists as persons: Doing psychotherapy. In: Orlinsky DE (Ed.) How psychotherapists live: The personal self and private

« **SPECTRUM Psychiatrie** | **SP 03|2022** | Machtmissbrauch in der Psychotherapie

© MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH - Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien - Tel.:
+43 1 4073111-0 - Fax: +43 1 4073114

