

Vortrag:

„Berufsordnung und Berufsethik in der Psychotherapie“

Stephan Stanko, stv. Vorsitzender Ausschuss Ethik und Berufsordnung

Das PTG gibt als Ziel der Ausbildung, die Vermittlung eines „eigenverantwortlichen und selbständigen“ Handelns auf den „wissenschaftlich-geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie“ vor. Mit diesen Zielen: Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit, der Aneignung der Methode, die wir als PT erlernen und der Ausbildung eines Berufsethos sind zugleich grundlegende Strukturmomente für professionalisiertes Handeln bestimmt.

Das Berufsethos ist kein Beiwerk, sondern grundlegend für die Psychotherapie als Profession. Ich verwende hier den Begriff der "Profession" und möchte Ihnen diesen Begriff kurz erläutern:

Mit "Profession" ist hier nicht das alltagssprachliche "professionell" im Ggs. zum "amateurhaften" gemeint, sondern der wissenschaftliche Professionsbegriff. In diesem Sinn handelt es sich bei Professionen um eine bestimmte Gruppe freiberuflicher Tätigkeiten, um eine akademisch etablierte Disziplin mit einem systematischen Wissensfundus. Professionen sind auf gesellschaftlich zentrale Werte wie Gesundheit, Recht, Wahrheit, Konsens, Moral bezogen und haben sich historisch in verschiedenen Praxisfeldern wie: Medizin, Recht, Wissenschaft, Politik und Theologie ausdifferenziert. Nach T. Parsons haben Professionen die Aufgabe, die Sinninterpretation gesellschaftlicher Lebensverhältnisse sicherzustellen und insofern haben diese Tätigkeiten eine hohe Bedeutung für den Fortbestand der Gesellschaft.

Die Kollektivitätsorientierung (i.S. einer nicht partikularen, sondern universellen Wertorientierung) wie sie sich in einer Berufsethik materialisiert, soll garantieren, dass ein Patient oder Klient nicht aufgrund seiner fachlichen Inkompetenz, seiner Hilflosigkeit oder Irrationalität ausgenutzt werden kann. Die Verpflichtung auf eine universelle Wertorientierung einer Profession lässt sich noch einmal gut verdeutlichen, wenn man die Situation des Patienten oder Klienten mit der eines Konsumenten vergleicht: an der Stelle, wo der Patient auf reziprokes Vertrauen in einer gemeinsamen Sache angewiesen ist, ist vom Konsumenten gefordert, misstrauisch zu bleiben und strategisch zu denken, um seine Interessen am Markt durchzusetzen. D.h. die Kategorie des Vertrauens ist unvereinbar mit Partikularinteressen. Professionen zeichnen aus, dass sie über eine relative gesellschaftliche Autonomie verfügen, insofern ihnen gesellschaftlich zugestanden wird, fachliche Standards, die Berufsethik und die Ausbildung weitgehend innerhalb der Profession zu regeln.

Der Professionalisierungsprozess unseres noch jungen Berufsstandes – wir sind mit dem PTG seit 1999 akademischer Heilberuf – zeigt sich eben auch in der Etablierung einer Berufsordnung. Berufsethik lässt sich meiner Ansicht nach nicht losgelöst vom Professionsbegriff wie ich ihn eben kurz skizziert habe, betrachten.

Als Psychotherapeuten wird uns von der Gesellschaft ein hohes Gut: die seelische Gesundheit von Menschen, überantwortet. Das im ethischen Sinn "gute" Handeln zum Wohl der sich anvertrauenden Patienten lässt sich nicht durch administrative oder bürokratische Kontrollmaßnahmen, durch Eingriffe von außen, steuern, sondern bedarf der ethischen Selbstverpflichtung. Normative Vorgaben wie eine Berufsordnung können einen Rahmen abstecken. Das Wirksamwerden ethischer Prinzipien aber bedarf vor allem einer Haltung, zu deren Entwicklung m.E. auch maßgeblich Erfahrungen in der Ausbildung beitragen. Und hier

zählt nicht in erster Linie die bloße Wissensvermittlung, sondern auch, ob wir selbst eine verantwortungsvolle, verstehende und förderliche Atmosphäre erleben, die eine eigene Entwicklung voranbringt. Psychotherapie ist nicht einfach angewandte Wissenschaft, sondern Arbeit in einem komplexen, krisenhaften Beziehungsfeld, in dem wir auch immer selbst als Person einbezogen sind. Ethische Probleme in Behandlungen entstehen sehr oft durch bewusste oder unbewusste Verstrickungen in der therapeutischen Beziehung.

Eine Berufsordnung, die in ihr niedergelegten Regeln und formulierten ethischen Prinzipien, gibt eine Orientierung und einen schützenden Rahmen vor: für Patienten wie für uns als Psychotherapeuten. Für das Ausfüllen des Rahmens jedoch ist das Wahrnehmen, Erkennen und Ernstnehmen der eigenen Konflikthaftigkeit und der eigenen Konfliktpotentiale, die unsere therapeutische Denk- und Handlungsfähigkeit beeinträchtigen, grundlegend. Für die Entwicklung und die Erhaltung reflexiver und vor allem auch selbstreflexiver Fähigkeiten, die uns vor schädigenden Verstrickungen bewahren oder aus ihnen heraushelfen, sehe ich die Selbsterfahrung und die Supervision oder Intervision als essentiell an.

Nach dieser kurzen Einführung werde nun versuchen, die verschiedenen Perspektiven zu vertiefen. Ich möchte Ihnen einen Überblick über die hessische Berufsordnung geben, den Gegenstand unserer Arbeit näher bestimmen und gewissermaßen über die Gefährdungen und schützenden Prinzipien sprechen.

Die Hessische Berufsordnung:

Mit der Gründung der hessischen Landeskammer für PP/KJP wurde dieser durch das hessische Heilberufegesetz auch die Kontrolle der Berufsausübung übertragen. In der Berufsordnung sind die Regeln der Berufsausübung und der berufsethischen Grundlagen und Überzeugungen formuliert, die zu einer professionellen Grundhaltung des Heilberufs gehören. Die Berufsordnung wurde vom Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung erarbeitet, von der Delegiertenversammlung der Kammer im November 2004 beschlossen und von dem hessischen Sozialministerium als Aufsichtsbehörde genehmigt.

Orientierungsbezüge der Berufsordnung sind berufsethische Grundsätze akademischer Heilberufe, die Grundrechte des Grundgesetzes und der Kanon rechtlicher Vorschriften; dazu gehören u.a. Hessisches Heilberufegesetz, das StGB, das SGB, das BGB usw.. Die Paragraphen und Abschnitte der Berufsordnung bewegen sich auf verschiedenen Abstraktionsniveaus, es finden sich Soll- und Muss Vorschriften, Ge- und Verbote, die in unterschiedlicher Weise auch von gesetzlichen Rechtsnormen mitbestimmt sind. Die Einhaltung der eindeutigen Ge- und Verbote ist auch in einem berufsrechtlichen Verfahren überprüfbar.

(Vorstellung der Berufsordnung Hessen.)

Vieles von dem, was Sie in der Berufsordnung an ethischen Prinzipien und Geboten finden, steht in der Tradition des hippokratischen Eids (460 – 370 AD): Hier heißt es auszugsweise: "...Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden. In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren." Die hier genannten Prinzipien sind: Schaden vermeiden, das Verbot sexueller Handlungen an Patienten, die Schweigepflicht und das Prinzip der Fürsorge.

In einer modernen Fassung bioethischer Prinzipien, die 1989 von den amerikanischen Bioethikern Tom Beauchamp und James Childress formuliert wurden, sind als

überlegungsgleichgewichtige Prinzipien genannt:

- Autonomie des Patienten respektieren (respect for autonomy)
- Schaden vermeiden (nonmaleficence)
- Nutzen mehren (beneficence)
- Gerechtigkeit anstreben (justice)

Eine Frage, die mich auch bei der Vorbereitung des Vortrags beschäftigte ist: wie kommen wir dazu, eine Haltung zu entwickeln, uns ethischen Prinzipien verpflichtet zu fühlen, obwohl diese doch scheinbar nur auf die Zurückstellung eigener Interessen abstellen.

Ich möchte mich dieser Frage aus zwei Perspektiven auf unseren Beruf als "Profession" annähern:

- Zum einen aus der Berufswahl, der besonderen Berufsverpflichtung, die aus der klinischen Begegnung, der Phänomenologie der Vertrauensbeziehung resultiert, dem "act of profession" (Pellegrino).
- Zum anderen aus einer mehr immanenten Sicht, aus der Strukturlogik unseres professionalisierten Handelns, also aus dem spezifischen Gegenstand unserer Berufsarbeit.

Zur ersten Perspektive:

Edmund Pellegrino, Arzt, Philosoph und einer der führenden Bioethiker begründet das Berufsethos aus der Besonderheit des Heilberufs und der Phänomenologie der klinischen Begegnung. (Hier sei noch angemerkt, dass Pellegrino seine Überlegungen auch ausdrücklich auf andere helfende Berufe bezieht, die darüber, dass Menschen sich im Zustand von Abhängigkeit oder Verletzbarkeit anvertrauen, mit Macht ausgestattet sind, wie Lehrer, Priester, Rechtsanwälte.)

Die Situation der klinischen Begegnung zeichnet sich darüber aus, dass wir Macht haben – auch und gerade, weil Patienten uns im Zustand der Krankheit aufsuchen, einem Zustand von besonderer Verletzbarkeit, Abhängigkeit. Die Macht ist keine abstrakte, es ist die von der Gesellschaft uns als Profession zugestandene und von Patienten an uns verliehene Macht, in konkrete Biografien, in eine Lebenspraxis einzugreifen. Dies impliziert Verantwortung. Kranksein heißt eben auch, sich in einem Zustand eingeschränkter oder beschädigter Autonomie zu befinden und darauf zu vertrauen, dass dieser Zustand nicht ausgenutzt wird, sondern das Vertrauen auf das integre Handeln dessen, der Hilfe verspricht, eingelöst wird.

Ich zitiere Pellegrino: " Das Kerngeschehen des gesamten medizinischen Betriebs ist die klinische Begegnung zwischen Arzt und Patient. Ohne sie gäbe es keine Medizin. Unverändert bleibt dreierlei – und auf diesen drei Phänomenen baut auch meine Philosophie auf:

1. die Tatsache der Krankheit
2. der Akt des Bekenntnisses (zum Arztberuf)
3. der Akt der Medizin.

(1). „Wann und wo immer jemand für sich entscheidet, ich brauche Hilfe, wird der Betreffende existentiell zum Patienten (...), zu jemand, der eine Last trägt. Er ist verwundbar. Und er hat Angst. Das kann ich, wenn er zu mir kommt, ausnutzen. Er ist ausbeutbar und abhängig von mir. Das passiert ihm wie mir in dieser Lage. Die Phänomenologie der Situation ist eben diese: Weil ich zum Patienten geworden bin, habe ich die Hilfe eines anderen gesucht, der zu helfen sich kompetent erklärt.“ Mit anderen Worten: Als Ärzte (und hier lässt gleichermaßen einfügen als Therapeuten) begegnen wir Personen in einem besonderen Zustand der Abhängigkeit und Angst.

(2) Mit der Frage „Kann ich Ihnen helfen?“ verspreche ich, der Erwartung des Patienten zu entsprechen. Ich verspreche, dass ich kompetent bin, dass ich über Kenntnisse verfüge, die die gewünschte Hilfe gewährleisten können. Ich lade ihn ein, mir zu vertrauen. Mir darin zu vertrauen, sowohl dass ich imstande bin, ihm zu helfen, als auch, dass ich diese Kompetenz nur zu seinem Wohl einsetze: weder zu meinem Wohl noch zum Wohl der Gesellschaft. Der zweite Inhalt meines beruflichen Bekenntnisaktes als Arzt ist also dieses Versprechen gegenüber einer Person in verletzlichem, von mir abhängigem Zustand.

(3) Akt der Medizin. Mit diesem Begriff fasse ich diese Verhaltensweisen zusammen. Zweck des „act of medicine“ ist Heilbehandlung vornehmen, helfen, Sorge tragen für..., kurz: Einsatz zum Wohl des Patienten, bemüht sein um das für den Patienten Gute. Das ist der vorrangige Zweck medizinischen Handelns.

In unserem Versprechen fallen alle drei Elemente in eins. Wir laden den Patienten ein, uns darin zu vertrauen, dass wir 1. über das erwartete Wissen verfügen und 2. es ausschließlich zu seinem Wohl einsetzen.

Erste Kernverpflichtung einer Profession ist es also: Vertrauen rechtfertigen, Versprechen halten.

Dann Wohlwollen: so handeln, dass man das für den Patienten Gute voranbringt.

Drittens intellektuelle Redlichkeit: offen zugeben, dass man etwas nicht weiß – statt zu tun versuchen, was man nicht beherrscht. Als Ärzte kennen wir zur Genüge die Versuchung, immer wieder einmal über die Grenzen unseres Fachwissens hinaus zu handeln.

Intellektuelle Redlichkeit bedeutet die Charakterstärke zu sagen: Das ist nichts für mich. Da brauche ich selbst Hilfe.

Als vierte Tugend folgt das Zurückstellen von Eigeninteresse. Es geht hier nicht um eine radikale Forderung. Ich predige nicht Medizin für Mönche.

Aber ohne bis zu einem gewissen Grad unser Eigeninteresse hintanzustellen, können wir nicht im wohlverstandenen Interesse der Patienten Medizin betreiben.

Fünftens: Courage, Mut – die Fähigkeit und Bereitschaft sich zu exponieren.

Sechstens: kommen wir zum Mitleid, zur Empathie. Gemeint ist die Fähigkeit, von der Situation des Patienten etwas nachzufühlen, sich einzufühlen.

Gute Ärzte wissen, dass man die Lage verstehen muss, in die eine Krankheit den Patienten versetzt, um ihn heilen zu können – was heißt: wieder ganz machen, im besten Sinne des Wortes."

Nur am Rande sei angemerkt, dass diese, in der Tradition einer Tugendethik stehende Individualethik, die ganz an der Beziehung zum Patienten orientiert ist, bei den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitssystem unter dem Primat der Ökonomie geradezu überkommen wirkt. Was sich in diesen Entwicklungen zugleich zeigt, ist, dass ein Berufsethos ausgehöhlt vielleicht sogar destruiert wird, da mit der Ökonomisierung naturgemäß immer mehr kontrollierende Einflüsse von außen in den geschützten Therapiebereich hineinwirken. (Jürgen Hardt hat Ihnen in seinem Vortrag diesen Konflikt aufgezeigt)

Ich möchte zur zweiten Perspektive wechseln und hier mit den Anfängen der Psychotherapie beginnen. In den technischen Schriften von 1915 ("Bemerkungen über die Übertragungsliebe") schreibt Freud: "Die Kur muss in der Abstinenz geführt werden". Historisch ist diese Empfehlung aus der Entdeckung der Übertragung hervorgegangen. War Josef Breuer, noch vor der Verliebtheit der Anna O. geflohen (Sie kennen vielleicht die berühmte Fallgeschichte der Anna O., die von Josef Breuer therapeutisch behandelt wurde und die vielen als der Fall gilt, der die Psychoanalyse begründete.), so entwickelte Freud ein behandlingstechnisches Konzept des Umgangs mit der Übertragung (und Gegenübertragung). Statt eines moralischen Appells wurde die Abstinenz zu einer

methodisch begründeten Behandlungstechnik.

Als behandlungstechnisches Konzept schützt die abstinente Haltung vor der Dynamik der Beziehungsverstrickung und schafft einen Raum, Gefühle, Phantasien und Impulse nicht in unmittelbare (Abfuhr)Handlungen umzusetzen, sondern einer reflexiven Bearbeitung zuzuführen. Abstinenz als ethisches Prinzip ist hier also immanent an den Behandlungsprozess gebunden. Ich möchte diese Überlegung Freuds, die Abstinenz auch als behandlungstechnisches Konzept zu begreifen, in einer soziologischen Rekonstruktion unseres beruflichen Handelns gewissermaßen mit dem Blick 'von außen' her aufgreifen.

In der soziologischen Professionstheorie taucht der Gedanke der Verankerung der Berufsethik in unserem professionalisierten Handeln in anderer Form wieder auf. Dazu möchte ich zunächst klären, was professionalisiertes Handeln bestimmt.

Die Situation zeichnet sich darüber aus, dass

- Es immer um die Lösung existentieller Probleme der Klienten geht, eine Beeinträchtigung der Lebenspraxis als Subjekt, ein Autonomieverlust vorliegt
- es sich um individuelle (nicht allgemeine!) Formen von Problemen von großer Bedeutung handelt
- die individuelle Person zur Lösung ihrer existentiellen Probleme auf den Professionellen angewiesen ist
- es einen formalen Rahmen gibt, in dem zugleich über sehr intime Themen in einer äußerst individualisierten Interaktionsweise gesprochen wird (wo sonst erzählt bspw. jemand einer fremden Person in den ersten Minuten der Bekanntschaft z.B. von sexuellen Problemen)

Die Verbindung von Intimisierung und Individualisierung der professionellen Leistung erzwingt einen diffusen und zugleich spezifischen Stil in der Interaktion. Was meint das? Diffusität ist typisch für primäre Sozialbeziehungen wie zwischen Eltern und Kindern oder Lebenspartnern. In familiären Zusammenhängen kann grundsätzlich alles thematisiert werden, ohne Begründung. Die Beziehungspartner sind nicht einfach austauschbar, es bestehen eine belastbare affektive Bindung und persönliche Formen von Vertrauensbildung und –sicherung. Spezifität betrifft dagegen spezifische rollenförmige Sozialbeziehungen und hier kann keineswegs alles zum Thema gemacht werden, hier bedürfen Themen, die "aus der Rolle fallen" und die nicht im Geltungsbereich der Berufsrolle liegen, einer gesonderten Rechtfertigung. Das zentrale Moment professionellen Könnens kann nun gerade in der Balance zwischen der spezifischen rollengebundenen professionellen Interaktion und der Notwendigkeit zu einer in diesem Sinn diffusen Intimisierung und Individualisierung gesehen werden.

In dieser Perspektive bleibt eine Ethikdiskussion dann nicht abstrakt, sondern ist gebunden an diese eigentümliche Leistung, daran, diese Balance aufrechtzuerhalten. Gelingt dies nicht, so gerät das berufliche Handeln entweder zu einer technokratischen Verwaltungsmaßnahme oder wird vom anderen Pol her zu privater Intimität und wird damit grenzüberschreitend und missbräuchlich.

Auch wenn in den verschiedenen Schulen und Verfahren unterschiedlich systematisch mit dieser – in der Sprache der Soziologie – diffusen Sozialbeziehung, - in der Sprache der Psychoanalyse Übertragung/Gegenübertragung umgegangen wird, ist er dennoch immer in der Praxis präsent. Um das Gesagte noch etwas anschaulicher zu verdeutlichen: Wir kennen in Behandlungen Mitteilungen, Verhalten, Wünsche und Empfindungen von Patienten uns gegenüber (und eben auch umgekehrt), die die ganze Skala zwischenmenschlicher Gefühle abbilden, von Sympathie bis zur intensiven Verliebtheit, von Unwillen oder Kritik bis hin zu heftigen aggressiven und entwertenden Äußerungen. Äußerungen oder Verhalten, die im

primären Beziehungskontext (also z.B. Familie oder private Beziehung) eine bestimmte Reaktion hervorrufen, z.B. Gegenaggression, im Falle, dass wir uns angegriffen fühlen, müssen aber in der Behandlung auf dem Hintergrund der professionsspezifischen Brechung verstanden und beantwortet werden. Im Falle eigener aggressiver Affekte z.B. hieße das: den Affekt wahrzunehmen, den Versuch, zu verstehen, was den Affekt hervorgerufen haben mag, z.B. eigene Konflikttendenzen, Stellen, an denen wir selbst vielleicht sehr kränkbar sind oder: - ob das Hervorrufen dieses Affekts seitens des Patienten vielleicht eine bestimmte Funktion hat, z.B. dass der Patient intensive Nähewünsche zu mir entwickelt hat, die so bedrohlich sind, dass deren Bewusstwerdung verhindert werden muss. Der Umgang mit diesem diffusen Beziehungsanteil ist schulen- oder methodenspezifisch, wichtig aber ist: er ist grundsätzlich in jeder Behandlung vorhanden.

Damit die Balance zwischen diffuser und spezifischer Sozialbeziehung gelingen kann, geht es in der Ausbildung des eigenen professionellen Könnens nicht nur um die Aneignung eines spezifischen Wissensbestandes, sondern vor allem auch um die Aneignung schützender Grenzen. Dafür ist m.E. die Selbsterfahrung, der Einblick in eigene Dispositionen, in 'wunde Punkte', in die eigene Konflikthaftigkeit entscheidend, zum anderen aber auch Supervision, Intervision, das Sprechen über das eigene Erleben und Schwierigkeiten in Behandlungen.

Der Schutz besteht nicht in der Verleugnung eigener Konfliktlagen oder sozusagen in einer "seelenlosen" Haltung – im Gegenteil. Ohne das Zulassen unseres Betroffenseins, unseres Berührt- oder Ergriffenseins werden wir auch in der therapeutischen Beziehung starr und wirkungslos bleiben. Psychotherapie ist eine Behandlung, die nicht nur für Patienten tief greifende und weit reichende Auswirkungen hat, sondern uns eben auch selbst affiziert und affizieren muss, eigene Wunden und Verletzungen anrührt und zu großer Verunsicherung führen kann, bis dahin, dass wir unsere Haltung verlieren können. Abstrakte ethische Konzepte helfen dann kaum weiter, sondern dann ist gefragt, in einem 'geschützten Rahmen' sich selbst und die eigene Haltung wieder zu finden, mit Hilfe "Dritter" sei es in Selbsterfahrung, Supervision, Balintgruppen etc. wieder zu einer reflexiven Praxis zurückfinden zu können.

Es war nun naturgemäß viel die Rede von Abstinenz und Verzicht. Wir dürfen über diese - im Kontakt mit Patienten wohlbegründeten ethischen Maximen – uns nicht selbst vergessen.

Wir sind als Psychotherapeuten in der ungerechten Situation, dass unsere Leistungen schlecht honoriert werden und dabei oft eine mehr oder minder subtile Entwertung mitschwingt. Sie als Psychotherapeuten in der Ausbildung sind in dieser Hinsicht in einer noch schwierigeren Situation mit unbezahlten oder kaum bezahlten klinischen Ausbildungsanteilen und hohen Ausbildungskosten. Selbstsorge und das Erkennen des Selbst sind eng mit einander verwoben und bedingen einander. Das Achten auf eigene Bedürfnisse und die Sorge für Befriedigung ist gewissermaßen auch eine wichtige Prophylaxe, die eigene Befriedigung nicht in Patienten zu suchen.

Johannes Cremerius hat so benannt: "Wie viele Analysestunden am Tag kann ich, lebendig und kreativ, durchführen, welchen Ausgleich brauche ich welches Gegengewicht, und heißt ferner, habe ich eine sachgerechte professionelle Einstellung, d.h. die Gelassenheit des Arztes, der weiß, dass er weder retten noch heilen noch glücklich machen kann, wenn die "Natur" nicht mithilft? Und schließlich: habe ich mir in meinem privaten Leben ausreichende Triebbefriedigungen und Glücksmöglichkeiten erschlossen oder brauche ich dazu meine Analysanden?"

Ich möchte abschließend noch einmal zusammenfassen:

Therapeutisches Handeln muss orientiert sein an Vertrauen, Schutz und Glaubwürdigkeit. Es ist unabhängig von Methoden oder Schulen keine Ausübung von technischen

Problemlösungen, sondern Beziehungspraxis in einer besonderen Vertrauensbeziehung. Ein Ethikkodex muss daher auf den Schutz der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Raums nach innen wie nach außen abzielen.

Für den Schutz nach innen ist die Abstinenz-Forderung maßgeblich. Für Patientinnen und Patienten haben Grenzüberschreitungen des Therapeuten gravierende schädigende seelische Folgen, vor allem auch in Hinblick auf ihre Beziehungs- und Vertrauensfähigkeit. Das bewusste In-Kauf-Nehmen der möglichen Folgen einer Ausnutzung der therapeutischen Situation für die persönliche Bedürfnisbefriedigung des Therapeuten ist unethisch. Für den Schutz nach außen ist die Schweigepflicht unverzichtbar. Ohne Verschwiegenheit gibt es keine Vertrauensbasis. Für die Aufrechterhaltung des Rahmens und den Schutz der Grenzen ist der Therapeut verantwortlich. Patienten müssen sicher gehen können, dass das Verhalten des Therapeuten und der therapeutische Prozesse an schützenden Grenzen orientiert ist, die auch in der Berufsordnung niedergelegt sind. Die ethische Grundorientierung und die Haltung der Abstinenz schützen aber auch den Therapeuten. Er wird sich in der Ausübung seines Berufs nicht mehr sicher sein können, seine therapeutische Identität und seinen inneren Halt zerstören, wenn er die Befriedigung persönlicher Bedürfnisse über den Schutz und das Wohl der sich anvertrauenden Patienten stellt.

Wir üben einen Beruf aus, der uns besonderen Belastungen aussetzt. Wir sind auch immer wieder mit uns selbst und unseren eigenen Konflikten konfrontiert. Ich habe an verschiedenen Stellen angemerkt, wie wichtig es ist, über unsere eigenen Unsicherheiten und Gefährdungen in unserer Arbeit zu sprechen, um unsere reflexiven Fähigkeiten zu bewahren oder wiederzugewinnen. Im Falle von Grenzverletzungen erleben Patienten oft Retraumatisierungen. Eine wichtige Dynamik ist dabei die, dass wie in der ursprünglichen Traumatisierung die Wahrnehmung des Patienten nicht anerkannt wird, eine Empathieverweigerung stattfindet und Patienten die darüber entstehende Verwirrung, ohnmächtige Wut oder Schuldgefühle gegen sich selbst wenden. Ein wesentlicher heilsamer Faktor, zu dem wir als Therapeuten beitragen können, ist die Anerkennung eventueller eigener Fehler und das Eingeständnis und die Entschuldigung im Falle eigenen Fehlverhaltens.