

# **Frauen als Opfer von professionellem sexuellem Fehlverhalten (PSM) durch Psychotherapeuten<sup>\*</sup>**

## **Women as victims of professional sexual misconduct (PSM) by psychotherapists**

Irina Franke<sup>1</sup> und Anita Riecher-Rössler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Forensisch Psychiatrische Klinik, Erwachsenenforensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

<sup>2</sup>Zentrum für Gender Research und Früherkennung, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Interessenkonflikt: Die Autorinnen deklarieren keine Interessenskonflikte.

---

<sup>\*</sup> basiert auf: Franke I, Riecher-Rössler R: Missbrauch in therapeutischen Beziehungen - Möglichkeiten zur kritischen Positionierung der Ärzteschaft. Nervenarzt 2011;82:1145–1150.

## **Zusammenfassung**

Sexueller Missbrauch (PSM) einschliesslich Grenzverletzungen jeder Art und anderes unprofessionelles Verhalten durch Fachleute in psychotherapeutischen Behandlungen stellen ein Risiko für jede Person dar, die sich in eine solche Behandlung begibt. In den meisten Fällen werden weibliche Patienten Opfer von Übergriffen männlicher Therapeuten. Obwohl es inzwischen zahlreiche ethische Standards zur Berufsausübung gibt, die sexuelle Kontakte zwischen Therapeut und Patientin eindeutig untersagen, hat die Problematik in den letzten Jahrzehnten nichts von ihrer Aktualität verloren. Angesichts der schweren Folgeschäden für die Opfer von PSM ist es im Interesse aller psychotherapeutisch tätigen Professionen, an geeigneten Massnahmen zur Prävention (Information, Ausbildung, Supervision) und Hilfeleistung für Opfer mitzuwirken und die wirksame Sanktionierung von Tätern zu verfolgen. Hierbei sind neben Stärkung von Patientinnenrechten vor allem Interventionen im Bereich der Ausbildung künftiger Therapeuten zu erwähnen.

**Schlüsselwörter:** professioneller sexueller Missbrauch (PSM), Grenzverletzungen, Abhängigkeit, Psychotherapie, Traumatisierung, Prävention

## **Abstract**

Anyone seeking psychotherapeutic treatment is at risk for sexual (PSM) and other nonprofessional misconduct, including any kind of boundary violation by therapists. The majority of assaults is committed by male therapists and causes female victims. Although there is a notable number of existing guidelines for professional ethics which distinctly prohibit sexual contacts between therapist and patient, the issue isn't out of date or overcome yet. Regarding the severe sequelae of PSM it is a matter of interest of all psychotherapeutic professions to take appropriate measures for prevention (information, education, supervision), to offer help for victims and to support sufficient sanctioning of offenders. Besides empowerment of patients' rights, this also includes educational interventions for psychotherapists and trainees.

**Key words:** professional sexual misconduct (PSM), boundary violations, dependency, psychotherapy, trauma, prevention

## Einleitung

Einer gross angelegte Umfrage in Kanada aus dem Jahr 2000 zufolge gab 1% der Bevölkerung an, innerhalb der letzten fünf Jahre eine sexuelle Grenzverletzung durch eine Fachperson aus dem Gesundheitswesen erlebt zu haben (23). Sexueller Missbrauch durch Fachpersonen untergräbt einen der zentralen medizinethischen Ansprüche, Schaden für den Patienten zu vermeiden (*Primum non nocere*) und ist im psychotherapeutischen Kontext aufgrund des charakteristischen Vertrauens- und Machtverhältnisses besonders gravierend. Frauen mit psychischer Erkrankung haben zudem ein generell erhöhtes Risiko, Opfer von sexueller und anderer Gewalt zu werden (26). Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüssen, dass Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie im Allgemeinen und speziell auch Missbrauch in Therapien in den letzten Jahren auch im deutschen Sprachraum mehr Beachtung im fachlichen Diskurs finden (4; 9; 15; 21; 28; 33; 36).

Die Tatsache, dass es aufgrund der Besonderheiten des psychotherapeutischen Settings Konstellationen gibt, in denen sich Therapeuten von Patientinnen sexuell angezogen fühlen, ist zunächst kein unübliches Phänomen und lässt sich unter anderem mit Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgängen erklären. Gleiches gilt für Situationen, in denen eine Patientin vermeintlich eindeutige sexuelle Angebote an den Behandler richtet. Beides ist nach gängiger Lehrmeinung einer Reflexion durch den Therapeuten zugänglich und muss von diesem im therapeutischen Kontext eingeordnet und thematisiert werden (19; 25). Obwohl dementsprechend alle gängigen berufsethischen Richtlinien für Psychotherapeuten ein Verbot von sexuellen Kontakten zu PatientInnen formulieren (z.B. 1; 35), ist die Problematik seit den 70er Jahren, als vermehrt Fälle sexueller Grenzüberschreitungen durch Psychotherapeuten öffentlich wurden, über die letzten Jahrzehnte unverändert aktuell (6; 7; 8). Auch wenn – unter anderem abhängig von der Definition, was einen Übergriff darstellt - fluktuierende Prävalenzen gefunden wurden, wird die Anzahl an Übergriffen weiterhin als hoch eingeschätzt: in Deutschland ging man Ende der 90er Jahre von 300 geschädigten Patientinnen pro Jahr aus – unabhängig von den Behandlungen, bei denen keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgte (2; 8).

Die empirische Annäherung an die Problematik wird durch verschiedene Aspekte verkompliziert: Prävalenzraten wurden zu Beginn vor allem über die Befragung von Therapeuten über eigene sexuelle Kontakte mit Patientinnen und Patienten ermittelt. Aufgrund der zunehmenden öffentlichen Wahrnehmung, der Veröffentlichung von Leitlinien und der drohenden Sanktionierungen führte diese Methode zu immer weniger Meldungen (13). Andere Methoden der Datenerhebung beruhten auf Befragungen von Therapeuten (ob sie PatientInnen behandeln, die bereits Opfer sexueller Übergriffe in Psychotherapien geworden sind) oder auf retrospektiver Befragung von Psychotherapiepatientinnen nach früheren Übergriffen. Diese Methoden dürften allerdings nur eine grobe Annäherung an tatsächliche Opferzahlen ergeben.

Dieser Artikel hat zum Ziel, klinisch tätige Fachleute für das Thema PSM in der Psychotherapie zu sensibilisieren; er fokussiert auf Frauen als hauptsächliche Opfer solcher Übergriffe und diskutiert verschiedene Präventionsmöglichkeiten und Möglichkeiten des Opferschutzes.

## Terminologie

Die englischsprachige Literatur verwendet häufig den Begriff „*Therapist-Client-Sex*“ (TCS), um sexuelle Übergriffe durch Therapeuten zu beschreiben. Aus Sicht der Autorinnen ist diese Formulierung ungünstig, da sie den missbräuchlichen Charakter des Vorgangs nicht zum

Ausdruck bringt. Der Begriff „*Professional Sexual Misconduct*“ (PSM) ist zwar nicht medizin- oder psychotherapiespezifisch, sondern bezieht sich auf jede Form von sexuellen Handlungen, die im Rahmen von beruflichen Abhängigkeitsverhältnissen auftreten, er benennt aber deutlicher, dass es sich hierbei um ein Fehlverhalten mit Missbrauchscharakter handelt, weshalb der Begriff in diesem Artikel bevorzugt verwendet wird. PSM umfasst sexuelle Handlungen im engeren (vaginale, anale, orale Penetrationen, genitale Stimulation) und im weiteren Sinne (Küssen, Streicheln, Berührung des Intimbereichs, pornographische, exhibitionistische oder voyeuristische Handlungen, sexistische Äußerungen) (32). Weiterhin hervorzuheben ist, dass es sich bei sexuellen Übergriffen in der Therapie um Straftaten (Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung) handelt, die auch als solche benannt werden sollten.

## **Häufigkeit und Risikofaktoren**

Frauen, die unter einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung leiden, haben aus verschiedenen Gründen ein generell höheres Risiko, Opfer von gewalttätigen Übergriffen zu werden; Gewalterfahrung wiederum erhöht das Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen (26). Zuverlässige Angaben über Prävalenzraten von PSM für den deutschen Sprachraum liegen nicht vor. Anhand der vorliegenden internationalen Daten wird geschätzt, dass 7-11% aller männlichen und 2-3,5% aller weiblichen Psychotherapeuten in ihrer beruflichen Laufbahn mindestens einmal sexuelles Fehlverhalten begehen, davon sind 33-80% Wiederholungstäter (7; 13; 27; 33). In 61-96% der Fälle handelt es sich offensichtlich um Übergriffe von männlichen Therapeuten auf weibliche Patientinnen (36).

Auf Seiten der Therapeuten gibt es diverse Risikofaktoren, die von verschiedenen Autoren unterschiedlich klassifiziert werden. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um uninformierte, situativ Handelnde (z.B. aufgrund eigener schwerer Lebenskrise), Therapeuten mit schwerer psychiatrischer Störung oder paraphile Sexualstraftäter im engeren Sinne (27). Hinsichtlich der Risikoeinschätzung für PSM ist es wichtig zu wissen, dass vollzogenem sexuellen Missbrauch in der Regel subtilere, meist an Intensität zunehmende Grenzüberschreitungen vorausgehen (siehe Übersicht 1), womit sich im *modus operandi* oft Parallelen zu anderen Sexualstraftaten ergeben.

Es gibt keine verlässlichen prädiktiven Faktoren, die vorhersagen, welche Patientinnen ein höheres Risiko für PSM haben. Studien, die die Opfer von PSM untersuchten, kommen hinsichtlich Vulnerabilitätsfaktoren jedoch übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass viele Frauen, die Opfer von PSM wurden, bereits eine Anamnese vorangegangener Traumatisierungen vorwiesen (10; 18; 29), wodurch die Hypothese gestützt wird, dass diese Frauen so stark von einer früheren Opfererfahrung geprägt sind, dass sie in Gefährdungssituationen keine angemessenen Selbstschutzmechanismen aktivieren können – beispielsweise durch dissoziative Zustände.

## **Konsequenzen**

Die psychosozialen Folgen für die Opfer sind vielfältig und umfassen verschiedene Ebenen. Zunächst kann PSM wie jede andere Sexualstraftat zu unmittelbaren physischen und psychischen Schäden führen (*primäre Viktimisierung*). Psychische Folgeerscheinungen können akut oder chronisch verlaufen und sich in der Exazerbation oder Chronifizierung einer vorbestehenden Störung bzw. als zusätzliche Störung manifestieren (32). Sie beinhalten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Depression, Ängste, ein erhöhtes Risiko für Suizide und Suizidversuche (22; 32). PSM-betroffene Frauen gaben an, vor allem

den Missbrauch des Vertrauensverhältnisses als gravierend erlebt zu haben. Die damit einhergehenden Emotionen und Kognitionen sind Ambivalenz, Idealisierung des Therapeuten, Ohnmacht, Abhängigkeit und Schuldgefühle (24). Die Folgen für das weitere Leben der betroffenen Patientinnen sollten aufgrund ihrer verschiedenen Erscheinungsformen nicht nur auf der Ebene möglicher psychiatrischer Folgeerkrankungen, sondern vor allem auch im Hinblick auf eine dadurch bedingte dauerhafte Minderung der Lebensqualität, des Selbstwertes, der Beziehungsfähigkeit einschliesslich sexueller Erlebnisfähigkeit und des psychosozialen Funktionsniveaus betrachtet werden (3).

Die durch ein Strafverfahren oft wiederholt erforderlichen Vernehmungen und Zeugenaussagen können Folgetraumatisierungen auslösen (*sekundäre Viktimisierung*). Das und die Angst des Opfers, aufgrund der psychischen Krankheit von Strafverfolgungsbehörden unter Umständen nicht ernst genommen zu werden, kann dazu führen, dass rechtliche Schritte von vorneherein unterbleiben.

Aufgrund des erlebten Vertrauensmissbrauchs innerhalb der therapeutischen Beziehung besteht zudem das Risiko, dass sich betroffene Frauen trotz eines hohen Leidensdrucks und schwerer psychischer Erkrankung nicht mehr in psychotherapeutische Behandlung begeben oder der Übergriff bei einer Folgetherapie verschwiegen wird.

## **Rechtliche Situation und Sanktionen**

In Deutschland ist bereits der *versuchte* „Sexuelle Missbrauch unter Ausnützung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“ strafbar (§174c StGB). Es handelt sich um einen Straftatbestand, der von Amts wegen verfolgt werden muss. Nach § 22 Heilberufsgesetz hat ein Arzt seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Zur gewissenhaften Berufsausübung in diesem Sinne gehört es auch, eine Vertrauensstellung, die der Arzt aus Sicht des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin genießt, nicht zu sexuellen Handlungen auszunutzen.

Juristisch kann der Tatbestand des §174c auch dann als erfüllt angesehen werden, wenn das Beratungs- und Betreuungsverhältnis pro forma beendet wurde, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt, da es nicht auf die formal rechtliche Gestaltung des therapeutischen Behandlungsverhältnisses ankomme, sondern auf den Missbrauch des tatsächlich bestehenden Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnisses (12). Das Strafrecht geht zudem davon aus, dass das „Einvernehmen“ des Opfers mit den vom Täter vorgenommenen sexuellen Handlungen einer Strafbarkeit nicht entgegensteht (5).

In der fachlich-psychotherapeutischen Diskussion wird die Frage der Legitimierung einer sexuellen Beziehung nach/durch Beendigung der Therapie uneinheitlich gehandhabt. Die Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat dazu in einem Konsensuspapier dezidiert geäußert, dass das Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient auch nach Ende der Behandlung fortbesteht und eine Beziehung somit unter keinen Umständen legitimiert werden kann (28).

Die Zahl derjenigen Patientinnen, die rechtliche Schritte gegen den Täter einleiteten, ist trotz Änderung der Gesetzgebung nach wie vor gering (8), dementsprechend auch die Zahl verurteilter Psychotherapeuten. Vorbildfunktion könnten in diesem Zusammenhang die englischsprachigen Länder sein, hier insbesondere Kanada, Australien und Neuseeland, die in den letzten Jahren erfolgreich eine Null-Toleranz-Politik gegenüber PSM etabliert haben. Dazu gehören neben entsprechender Medienarbeit und Aufklärung vor allem anonymisierte Meldesysteme und die Veröffentlichung von Namen verurteilter Fachleute.

## **Diskussion**

Sexuelle Übergriffe untergraben das Ziel jeder psychotherapeutischen Behandlung und lassen sich unter keinen Umständen rechtfertigen. Frauen sind überdurchschnittlich häufig Opfer von meist männlichen Therapeuten, so dass sich hier auch das gesamtgesellschaftliche Problem von Gewalt gegen Frauen abbildet (11). Massnahmen zur Prävention und Sanktionierung müssen im psychotherapeutischen Bereich besonders sorgfältig und konsequent umgesetzt werden. Durch die verstärkte Thematisierung von professionellem Fehlverhalten und dessen Auswirkungen vor allem auf Frauen ist es in den letzten Jahren gelungen, erhöhte Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit zu erzeugen. Aufgrund des erhöhten Risikos von Frauen, Opfer sexueller Übergriffe und anderer Formen geschlechterspezifischer Diskriminierung zu werden, wurden beispielsweise 2007 von der WPA Leitlinien veröffentlicht, die gendersensitive Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen thematisiert (1).

Prävention vom PSM beinhaltet auf Patientinnenseite vor allem die Befähigung, erkennen zu können, ob die Behandlung leitlinien- und rechtskonform erfolgt. Patientinnen sollten vor Beginn einer Behandlung selbstverständlich Zugang zu Informationen über verschiedene Therapieverfahren sowie über angemessenes und unangemessenes Verhalten von Fachpersonen erhalten. Derartiges Informationsmaterial wird beispielsweise von Fachgesellschaften (17), Selbsthilfeorganisationen (16) oder Verbraucherschutzorganisationen (30) zur Verfügung gestellt. Einschränkend gilt, dass insbesondere traumatisierte Frauen zwar unter Umständen in die Lage versetzt werden, anhand solcher Informationen problematisches Therapeutenverhalten zu identifizieren; daraus lässt sich allerdings noch nicht ableiten, dass sie sich wirksam davor schützen können. Auch wenn diese Massnahmen ein wichtiger und offenbar erfolgreicher Teil der Präventionsarbeit sind (31), sollten auch die betroffenen Berufsgruppen und Ausbildungsinstitute eine aktive Herangehensweise verfolgen. Die Wichtigkeit und der Bedarf an praxisnaher Integration berufsethischer Leitlinien in Bezug auf Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen wird durch verschiedene Studien unter Auszubildenden gestützt (15; 20; 34). Edukative Massnahmen sollten sich nicht nur auf das bloße Nennen der entsprechenden Leitlinien beschränken, sondern auch die Möglichkeit zur inhaltlichen Auseinandersetzung bieten. Eine angemessene Form von Praxisnähe zu bieten, ist im Bereich Psychotherapie vergleichsweise schwierig, da die *direkte* Interaktion zwischen Ausbildungskandidat und Patientin in der Regel nicht beobachtet wird. Umso wichtiger ist qualitativ gute Supervision (allenfalls auch mit Videoaufzeichnungen) und Selbsterfahrung. Im Ausbildungskontext sollte auch die Indikationsstellung für Interventionen mit Körperkontakt im Rahmen anerkannter Therapieformen, wie z.B. der Körpertherapie oder der Schematherapie („Re-Parenting“) kritisch hinterfragt werden. Insbesondere in der Therapie mit Missbrauchsoffern ist auf jeglichen körperlichen Kontakt zu verzichten (14). Für Opfer von übergriffigen Therapeuten sollte ein niederschwelliges anonymisiertes Meldesystem zur Verfügung stehen, das ihnen Beratung, juristische Unterstützung und Vermittlung von Folgetherapien anbietet.

Nicht zuletzt kann auch die Auseinandersetzung mit den Tätern dem Opferschutz dienen. Sinnvoll erscheint beim Umgang mit Tätern eine genaue Ursachenanalyse, beispielsweise im Rahmen einer forensisch-psychiatrischen Begutachtung, um Aussagen zur Motivlage, zum Rückfallrisiko und zur (therapeutischen) Beeinflussbarkeit machen zu können. Auf dieser Grundlage könnte auch entschieden werden, ob und unter welchen Bedingungen ein Psychologe/Psychiater/Psychotherapeut, der eine sexuelle Grenzverletzung begangen hat, weiter praktizieren darf. Dabei stellt sich auch die Frage, ob ein öffentlich zugängliches Melderegister von einschlägig straffällig gewordenen Psychotherapeuten der Prävention dienlich ist – eine Frage, die bei Sexualstraftätern immer wieder kontrovers diskutiert wird. Zusammenfassend sind die verstärkte öffentliche Wahrnehmung von Risiken durch psychotherapeutische Behandlungen, die Stärkung von Patientinnenrechten und die

beginnende Integration in Ausbildungscurricula als günstige Entwicklungen zu werten. Dennoch ist eine weitere fachliche, wissenschaftliche und öffentliche Auseinandersetzung mit sexuellen Übergriffen in der Psychotherapie unbedingt erforderlich, um die erforderliche Achtsamkeit und wirksame Prävention zu gewährleisten.

## Übersicht 1

### Warnsignale für unangemessenes Verhalten des Therapeuten

- Erzählen von Witzen oder Anekdoten mit sexuellem Inhalt
- Schöne Augen machen oder speziellen Blickkontakt suchen
- Therapeut redet über seine Beziehungen und sein Sexleben
- Naher körperlicher Kontakt (zu enge Sitzposition, Umarmungen, etc.)
- Verabredungen ausserhalb der Praxis ohne therapeutische Begründung (Mittagessen, Spaziergänge, etc.)
- Termine an Randzeiten, wenn sonst niemand in der Praxis ist
- Dem Patienten mitteilen, dass er/sie besonders ist oder dass der Therapeut ihn/sie liebt
- Geschenke machen oder annehmen, die die übliche Grenze überschreiten
- Angebot, die Patientin anzustellen oder Therapiekosten durch andere Güter oder Leistungen abgelten zu lassen
- Massnahmen, die zur Isolation des Patienten aus dem sozialen Umfeld führen und die Abhängigkeit gegenüber dem Therapeuten verstärken
- Jegliche Verletzung von Patientenrechten
- Jegliches einschüchternde oder drohende Verhalten des Therapeuten

(übersetzt nach State of California, Departement of Consumer Affairs, 2011, Professional Therapy Never Includes Sex (30))



## Literaturverzeichnis

1. American Psychological Association (APA), Guidelines for practitioners. APA Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. A joint task force of APA Divisions 17 and 35, 2007. <http://www.apa.org/practice/guidelines/girls-and-women.pdf> (Zugriff: 11.06.2013).
2. Becker-Fischer M, Fischer G. Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 107. Köln: Kohlhammer 1997.
3. Ben-Ari A, Somer E. The aftermath of therapist-client sex: exploited women struggle with the consequences. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11:126-136).
4. Bienenstein S, Rother M. Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Wien: Springer-Verlag 2009.
5. Bundesgerichtshof, Urteil vom 14.04.2011 - 4 StR 669/10 – Neue Juristische Wochenschrift 2011, 1891.
6. Dahlberg C. Sexual contact between patient and therapist. *Contemp Psychanal* 1970; 6:107-24.
7. Ehlert-Balzer M. Fundament in Frage gestellt. Sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie. *Mabuse* 1999; 121:47-51.
8. Eichenberg C, Becker-Fischer M, Fischer G. Sexual assaults in therapeutic relationships; prevalence, risk factors and consequences. *Health* 2010; 2:1018-1026.
9. Franke I, Riecher-Rössler R: Missbrauch in therapeutischen Beziehungen - Möglichkeiten zur kritischen Positionierung der Ärzteschaft. *Nervenarzt* 2011;82:1145–1150.
10. Frueh, BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services* 2005, 56(9): 1123-1133.
11. García-Moreno C, Riecher-Rössler A. Violence against women and mental health. In: Riecher-Rössler A, Sartorius N (Hrsg.) *Key Issues in Mental Health*. Basel: Karger 2013, Vol. 178, pp 167-174.
12. Gossel KH. Das neue Sexualstrafrecht: Eine systematische Darstellung für die Praxis, S. 104. Berlin: De Gruyter 2005.
13. Halter M, Brown H, Stone J. Sexual boundary violations by health professionals - an overview of the published empirical literature. Edited by The Council for healthcare Regulatory Excellence 2007. <http://www.professionalstandards.org.uk/docs/psa-library/overview-of-the-research---clear-sexual-boundaries.pdf?sfvrsn=0> (Zugriff: 11.06.2013).
14. Harper K, Steadman J. Therapeutic boundary issues in working with childhood sexual-abuse survivors. *Am J Psychother* 2003a, 57(1): 64-79.
15. Hollwich S, Franke I, Riecher-Rössler A, Reiter-Theil S. Sexual contact between psychotherapist and client – attitudes of professionals and students towards ethical arguments, submitted.
16. <http://www.survivingtherapistabuse.com/treatment-abuse-checklist/> (Zugriff: 11.06.2013)
17. <http://www.verbaendetreffen.de/> (Zugriff: 11.06.2013).
18. Kluft RP. Dissociation and subsequent vulnerability: A preliminary study. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1990; 3(3), 167-173.
19. Lambert MJ, Barley DE Research summary on therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In Norcross JC (ed). *Psychotherapy Relationships that work: Therapist Contribution and Responsiveness to Patients*. Oxford. University Press 2002.
20. Lapid M, Moutier C, Dunn L, Green Hammond K, Weiss Roberts L Professionalism and Ethics Education on Relationships and Boundaries: Psychiatric Residents' Training Preferences. *Acad Psychiatry* 2009; 33:6, 461-469.
21. Linden M und Strauss B (Hrsg.) *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie 2013*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
22. Luepker ET. Effects of practitioners' sexual misconduct: A follow up study. *J Acad Psychiatry Law* 1999; 27(1), 51-63).
23. Manzer J. Conduct unbecoming. Investigative report reveals thousands of Ontarians say they are sexually abused by health-care workers. *Medical Post* 2000; 36:17.
24. Nachmani I, Somer E. Women Sexually Victimized in Psychotherapy speak out: The Dynamics and outcome of Therapist-Client-Sex. *Women and Therapy* 2007; 30:1-2, 1-17.

25. Pope KS, Sonne J, Holroyd J. Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists-in-training. Washington, DC: American Psychological Association 1993.
26. Rondon MB. Violence against Women suffering from Severe Psychiatric Illness. In: García-Moreno C, Riecher-Rössler A (Hrsg.): Violence against Women and Mental Health. Key Issues Mental Health. Basel: Karger 2013, Vol. 178, pp 159-166.
27. Schoener GR, Gonsiorek JC. Assessment and development of rehabilitation plans for the therapist. In: Schoener GR, Gonsiorek JC, Milgrom JH, Luepker ET, Conroe RM (eds): Psychotherapists' sexual involvement with clients: intervention and prevention. Minneapolis, MN: Walk-In Counseling Center 1989. p. 401-20.
28. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie 2009. Positionspapier Missbrauch in psychiatrischen und psychotherapeutischen Beziehungen. [www.psychiatrie.ch/index-sgpp-de.php?frameset=74](http://www.psychiatrie.ch/index-sgpp-de.php?frameset=74) (Zugriff: 11.06.2013)
29. Somer E, Saadon M. Therapist-client sex: Clients' retrospective reports. Professional Psychology: Research and Practice 1999; 30(5), 504-509.
30. State of California, Department of Consumer Affairs. Professional Therapy Never Includes Sex, 2011. [http://caps.ucsd.edu/Downloads/counseling\\_forms/proftherapy.pdf](http://caps.ucsd.edu/Downloads/counseling_forms/proftherapy.pdf) (Zugriff: 11.06.2013).
31. Thorn BE, Shealy RC, Briggs SD Sexual misconduct in psychotherapy: Reactions to a consumer-oriented brochure. Professional Psychology – Research & Practice 1993; 24(1), 75-82.
32. Tschan W. Abuse in Doctor-Patient Relationships. In: Riecher-Rössler A, Sartorius N, (Hrsg.) Key Issues in Mental Health. Basel: Karger 2013, Vol. 178, pp 129-138.
33. Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. 2. Aufl. Basel, Karger 2005.
34. White GE. Medical students' learning needs about setting and maintaining social and sexual boundaries: A report. Medical Education 2003, 37(11), 1017-1019.
35. World Psychiatric Association, Madrid Declaration in Ethical Standards for Psychiatric Practice, 2005. [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48) (Zugriff: 11.06.2013).
36. Zondervan T. Missbrauch durch Hilfeleistende: Prävention und Postprävention von Professional Sexual Misconduct durch Aufklärungsarbeit. Psychotherapie Forum 2007; 15: 183-9.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler  
 Universitäre Psychiatrische Kliniken  
 Zentrum für Gender Research und Früherkennung  
 c/o Universitätsspital Basel  
 Petersgraben 4  
 CH-4031 Basel  
 E-Mail: [anita.riecher@upkbs.ch](mailto:anita.riecher@upkbs.ch)  
 Tel.: +41 61 265 51 14  
 Fax: +41 61 265 45 99