

## **Garten der Gewalt - Herbarium medicinalis [Medizinalpflanzen] Gedanken über eine Ausstellung.**

*Der nachfolgende Artikel soll die Bedeutung reflektieren, welche die Ausstellung „Garten der Gewalt“ an der Expo 02 für die Ärzteschaft hat. In einem ersten Teil zeigt eine historische Aufarbeitung, wie im zurückliegenden Jahrhundert die Fachwelt sich mit Gewalt und ihren Folgen auseinandergesetzt hat. In einer medizin-ethischen Betrachtung wird dieser Ansatz weiter vertieft. Es wird dabei auch aufgezeigt, wie die ärztliche Zunft die mit Gewalt verbundenen Probleme wahrnahm und in ihre Konzepte integrierte. Schlussendlich werden aktuelle Fragestellungen reflektiert. Dem Leser soll Gelegenheit geboten werden, sich mit einem bisher vernachlässigten Gebiet auseinanderzusetzen, welches durch die Ausstellung im öffentlichen Interesse stehen wird. Ein kritischer Unterton ist beabsichtigt und soll zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik beitragen. Der Artikel nimmt keinen inhaltlichen Bezug auf das Ausstellungskonzept.*

Der Traum ist der Hüter des Schlafes [1]. Hin- und Hergerissen zwischen Beklemmung und unwiderstehlicher Neugierde suche ich fieberhaft den Eingang zum „Garten der Gewalt“ an der Expo 02, wo laut Ankündigung der Besucher auf künstlerische und überraschende Art mit den verschiedenen Arten der alltäglichen sozialen Gewalt konfrontiert werden soll [2]. Gespannt bin ich in aller erster Linie auf die Medizinalpflanzen in diesem Garten - sofern es solche überhaupt gibt. Während ich also den Zugang zu diesem Garten suche, begleitet mich ein unerklärliches Gefühl, dass je länger ich suche und gehe, der Garten immer unerreichbarer wird. Ein Harry-Potter-Gefühl steigt in mir auf, der ja bekanntlich den Eingang auch nicht Kraft seines Bemühens finden konnte. Doch plötzlich - ich kann nicht mehr sagen wie - stehe ich vor vor einem Bambushain, wo ein Schild mit der Inschrift : „Der Besuch des Gartens der Gewalt kann Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen. Betreten nur auf eigene Verantwortung. Es wird jede Haftung abgelehnt.“ Nun so schlimm es doch wohl kaum sein - nur mutig weiter! Schon stehe ich etwas erschrocken vor einer purpurroten „Violentia domestica“, um gleich dannach einer aschfahlen und stacheligen „Abusa sexualis“ zu begegnen. Daneben entdecke ich eine unscheinbare und einen etwas vor sich hin serbelnden Eindruck hinterlassende „Aloe hippocratica“. Doch dann - in blendendem Weiss, wunderschön blühend - die „Ars professionalia“ der Medizin. Erleichtert gehe ich weiter, der Alptraum wird so schlimm wohl nicht sein. Gespannt schaue ich mich um. Meine Aufmerksamkeit richtet sich auf die kleinen, schriftlichen Erklärungen, welche überall im Garten für interessierte Besucher plaziert sind

### **A. Psychotraumatologie**

Nach den Schilderungen von Henri Dunant über das Elend der Kriegsverwundeten (Un Souvenir de Solférino, 1862, dt. 1895) kam es 1864 zur Verabschiedung der Genfer Konvention und zur Gründung des Rotes Kreuzes (IKRK). Jahre dannach veröffentlichte ein schottischer Dichter einen Roman namens „Dr. Jekyll and Mr. Hyde“. Die Geschichte handelt von einem Arzt Dr. Jekyll, der sich in ein teuflisches und unmenschliches Wesen wandelt und jeweils den Namen Hyde annimmt und alsdann sein bestialisches Handwerk verrichtet. Das Buch wurde im Januar 1886 herausgegeben [3] und beschrieb

das Phänomen der Dissoziation, welches in der Folge für die Wahrnehmung der traumatischen Folgen entscheidend wurde. Phänomene wie die im Roman beschriebene Persönlichkeitsspaltung finden sich Jahrzehnte später unter den Gefolgsleuten des Nationalsozialismus wieder und werden weiter unten beschrieben. Im Jahre 1889 prägte der deutsche Neurologe Herman Oppenheim den Begriff der traumatischen Neurose [4, 5]. Offenbar beschäftigte sich die damalige medizinische Fachwelt mit Fragen der menschlichen Vulnerabilität, der Traumatisierung und ihren Folgen. Es ist den auch der selbe Zeitraum, wo das Fundament zur Psychotraumatologie gelegt wurde. Um dies zu verstehen, muss man etwas in die Geschichte der damaligen Zeit eintauchen.

Ein Jahr nachdem Sigmund Freud 1895 sein Werk : „Studien über Hysterie“ [6] veröffentlicht hatte, hielt er (wahrscheinlich am 21. April 1896) seinen Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“ vor dem Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie [7]. Er stellte dabei die Behauptung auf, dass der tiefere Grund jeder hysterischen Erkrankung auf : *„einem oder mehreren sexuellen Erlebnissen von vorzeitiger sexueller Erfahrung“* in der frühesten Jugend beruhe. Weiter führte er aus : *“ so muss man an die bedeutsame Entdeckung Josef Breuers anknüpfen, dass die Symptome der Hysterie ihre Determinierung von ... traumatisch wirksamen Erlebnissen der Kranken herleiten ...“*. Es handelt sich dabei um : *“sexuelle Erfahrungen am eigenen Leib, um geschlechtlichen Verkehr“*.

Aus dem Vortragsmanuskript Freud's sei weiter der folgende Abschnitt zitiert : *„In sämtlichen 18 Fällen (von reiner Hysterie und Hysterie mit Zwangsvorstellungen kombiniert, 6 Männer und 12 Frauen) bin ich wie erwähnt, zur Kenntnis solcher sexueller Erlebnisse des Kindesalters gelangt. Ich kann meine Fälle in drei Gruppen bringen, je nach der Herkunft der sexuellen Reizung. In der ersten Gruppe handelt es sich um Attentate, einmaligen oder doch vereinzelt Missbrauch meist weiblicher Kinder, von seiten erwachsener, fremder Individuen (die dabei groben, mechanischen Insult zu vermeiden verstanden), wobei die Einwilligung der Kinder nicht in Frage kam und als nächste Folge des Erlebnisses der Schreck überwog. Eine zweite Gruppe bilden jene weit zahlreicheren Fälle, in denen eine das Kind wartende erwachsene Person - Kindermädchen, Kindsfrau, Gouvernante, Lehrer, leider auch allzuhäufig ein naher Verwandter - das Kind in den sexuellen Verkehr einführte und ein - auch nach der seelischen Richtung ausgebildetes - förmliches Liebesverhältnis, oft durch Jahre, mit ihm unterhielt. In die dritte Gruppe endlich gehören die eigentlichen Kinderverhältnisse, sexuelle Beziehungen zwischen zwei Kindern verschiedenen Geschlechts, zumeist zwischen Geschwistern, die oft über die Pubertät hinaus fortgesetzt werden und die nachhaltige Folgen für das betreffende Paar mit sich bringen. In den meisten meiner Fälle ergab sich kombinierte Wirkung von zwei oder mehreren solcher Ätiologien; in einzelnen war die Häufung geradezu erstaunlich.“* Weiter führte Freud aus : *„Ich bin daher geneigt anzunehmen, dass ohne vorherige Verführung Kinder den Weg zu Akten sexueller Aggression nicht zu finden vermögen. Der Grund zur Neurose würde demnach im Kindesalter immer von seiten Erwachsener gelegt, ...“*. In einem Brief an Fliess berichtete Freud, dass der Vortrag eine eisige Aufnahme gefunden habe und R. v. Krafft-Ebing, der Autor der Psychopathia Sexualis, welcher den Vorsitz führte, habe die Bemerkung angebracht : *„Es klingt wie ein wissenschaftliches Märchen“*.

Freud selbst verglich die Bedeutung seiner Entdeckung wortwörtlich mit der Auffindung eines „*caput Nili* [Quelle des Nils] *der Neuropathologie*“. Wenn seine Feststellung jedoch zutreffen würde, würde dies angesichts der grossen Zahlen von Frauen, bei welchen eine Hysterie festgestellt wurde, eine zutiefst perverse Gesellschaft aufzeigen. Und zwar nicht nur unter dem Proletariat von Paris, wo Freud zuerst seine Studien über die Hysterie anstellte, sondern ebenso unter der hochwürdigen und noblen Wiener Gesellschaft, wo Freud seine Behandlungen ausführte. Das war eindeutig „too much“.

Bis zur Veröffentlichung dieses Werkes war Freud offenbar ein authentischer Zuhörer der Geschichte dieser Patienten gewesen. Bei der letzten Patientin seiner Studien zur Hysterie, Dora, ist der Wendepunkt zu erkennen. Er unterstellte ihr, dass was ihr zugestossen war, ihren eigenen insgeheimen Wünschen entsprochen habe. Der Vater von Dora hatte sie seinen Geschäftspartner als Sexualobjekt offeriert. Ihre Gefühle von Wut und Scham nahm der grosse Meister nicht zur Kenntnis. Dora brach schlussendlich die Behandlung ab - was von Freud umgehend als Akt der Rache gegen ihn aufgefasst wurde. Für die nächsten 100 Jahre war nun durch die Dominanz der Psychoanalytischen Theorie von Freud und seinen Anhängern klar, dass durch die verdrängten frühkindlichen sexuellen Wünsche die Grundlage jeglicher neurotischen Krankheit gegeben war. Die Psychoanalyse setzte sich fortan nicht mehr mit den realen Traumata auseinander.

Die Hysterie als Krankheit ist ein Produkt des späteren 19. Jhdts. Die Ärzte fassten das Krankheitsbild als etwas typisch weibliches auf, das seine Ursache oder seinen Sitz im Uterus hatte, deshalb der Fachausdruck : Hysterie. Ein Historiker dazu : „*Hysteria was a dramatic medical metaphor for everything that men found mysterious or unmanageable in the opposite sex.*“ [8] Als der grosse Forscher dieser Krankheit gilt Jean-Martin Charcot, der in seinem Königreich, der Salpêtrière in Paris, seine Studien betrieb. Hier wurden vor seinem Wirken Clochards, Huren, und andere Wegelagerer behandelt. Charcot transformierte diesen Ort in einen Tempel der Wissenschaft. Seine *Leçons du mardi* zogen nicht nur die gesamte Wissenschaft, sondern ebenso Literaten, Künstler, Leute von Rang und Namen wie auch die Pariser Halbwelt in seinen Bann - in theatralischer Weise inszenierte Charcot seine Life-Darstellungen von hysterischen Frauen. Charcot blieb allerdings rein deskriptiv und beobachtend. Dennoch war das betörende der neuen Entdeckungen, dass dank rationalem Vorgehen die damalige Wissenschaft Wege herausfand, gegen zunächst unerklärliche Krankheiten vorzugehen und nicht mehr einem mittelalterlichen Krankheitsverständnis unterlag. Das Innenleben resp. die Kausalität dieser Krankheitsbilder bekümmerte Charcot jedoch nicht - dieses Feld zu bearbeiten wurden von Schicksal anderen Grössen zuteil. So entbrannte zwischen Freud und Janet eine erbitterte Rivalität - jeder wollte als erster die grossen Entdeckungen machen. Dazu mussten sie mit ihren Patientinnen sprechen, sie mussten ihnen zuhören, auf sie eingehen. In der damaligen Zeit eine kleine Sensation - wie übrigens heute auch noch. Frauen haben gelernt zu schweigen - dass Männer sich für ihre Geschichten interessieren, war vorerst äusserst suspekt. Für über ein Jahrzehnt war das nun jedoch der Fall - für viele wohl die erstmalige wirkliche Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und ihren Ärzten [9].

Um 1889 veröffentlichte Pierre Janet in Frankreich seine Resultate - etwa zeitgleich mit Sigmund Freud und seinem Mitarbeiter Josef Breuer in Wien 1890. Beide kamen sie

zum Schluss, dass unerträgliche emotionale Reaktionen auf traumatische Erfahrungen zu Bewusstseinsveränderungen führten. Janet bezeichnete diesen Zustand als Dissoziation. Rund 5 Jahre später hatten sowohl Janet wie auch Freud unabhängig voneinander herausgefunden, dass sich die Symptome mildern liessen, wenn die Betroffenen lernten, über das Vorgefallene zu sprechen. Janet nannte dieses Vorgehen : „analyse psychologique“, während Breuer und Freud von Katharsis sprachen, und noch etwas später verwendete Freud ausschliesslich die Bezeichnung „Psychoanalyse“. Die treffendste Bezeichnung der neuen Behandlung stammt jedoch von einer Patientin von Breuer mit dem Pseudonym Anna O : „Talking Cure“. Das Pseudonym wurde 1961 durch Ernest Jones, der offizielle Biograph Freuds, enthüllt - es handelt sich um Bertha Pappenheim (1859-1936). Breuer erlangte weniger Anerkennung durch seine bahnbrechenden Resultate zur Psychoanalyse, sondern hat als Mitentdecker der Selbststeuerung der Atmung - als Hering-Breuer-Reflex bekannt- bleibenden Ruhm erlangt. Freud war dann einer der ersten, der wirklich auf die sexuellen Aspekte wie Inzest, Missbrauch und Vergewaltigung stiess.

Damit wurde vor über 100 Jahren zum ersten Mal die traumatische Seite von neurotischen Krankheiten erkannt. Die archetypische Diagnose Hysterie ist Ausdruck dieser Erkenntnis zu verstehen. Der damalige Zeitgeist war insbesondere in Frankreich durch gesellschaftspolitische Differenzen zwischen dem liberalen Bürgertum der Aufklärung und dem konservativen katholischen Clerus geprägt. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser unverständlichen Krankheit „Hysterie“ wurde als Triumph der Aufklärung über den Aberglauben gefeiert. Insbesondere erlangten nun erstmals Frauenanliegen eine stärkere Beachtung. „Gibt Frauen die Möglichkeit zu studieren, dann gehen sie nicht in die Kirche“ [10]. 1878 fand in Paris der Erste Internationale Kongress für die Rechte der Frauen statt. In diesem Zeitgeist wurde erstmals in Europa die traumatische Genese von psychischen Krankheiten erkannt.

Eigenartigerweise gerieten die Erkenntnisse über den traumatischen Hintergrund später wieder in Vergessenheit. Die von Freud geprägte Psychoanalytische Methode mit der Doktrin des intrapsychischen Konfliktes und der kindlichen Sexualverdrängung verdrängte alle anderen Forschungsrichtungen und wurde für Jahrzehnte zum alleinigen Erklärungsmodell sowohl der psychologischen Entwicklung wie auch der Psychopathologie. Janets bereits Ende des 19. Jhrdts. geäusserte These, dass bei traumatischen Störungsbildern wegen der Dissoziation Synthese und Integration die Mittel der Wahl seien [11], setzte sich in klarem Gegensatz zur analytischen Behandlungsmethode, die einen unbewussten Konflikt postulierte und Katharsis und Abreagieren als einzig gehbaren Weg erblickte. Die Werke Janets wurden erst in den letzten Jahren wieder „neu“ entdeckt. Offenbar litt das Fach Psychiatrie an einer Amnesie ihrer eigenen Forschungsergebnisse und muss aus heutiger Sicht einer stellenweise eher dogmatisch anmutenden Lehre verstanden werden, und weniger auf einer im wissenschaftlichen Denken begründeten Seelenlehre.

Die zweite wichtige Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen stellten im ersten Weltkrieg die Fronterlebnisse der Soldaten dar, die unter dem Begriff der Combat Neurosis Eingang in die Fachliteratur fanden. 1915 prägte der britische Militärpsychiater Charles Samuel Myers den Begriff „shell-shock“ [dt: Kriegs- oder Bombenneurose]. Shell übersetzt sich in diesem Zusammenhang mit Granate. Der Unterschied zu Feigheit

und „Drückebergertum“ war schwierig zu ziehen resp. unmöglich. Diese militärpsychiatrischen Arbeiten nahmen insbesondere in UK, später auch in USA eine wichtige Bedeutung ein. Beispielsweise waren während des Libanonkrieges 1982 23% aller israelischen Soldaten Opfer von CSR (combat stress reaktion). Kennen die Feldkommandanten das Krankheitsbild nicht, werden die eigenen Soldaten wegen Feigheit fusiliert. Mehr als 200 britische Soldaten wurden so beispielsweise im 2. Weltkrieg exekutiert, während andererseits nur 11% der wegen Desertation (Fahnenflucht) zum Tode verurteilten effektiv hingerichtet wurden (zit. nach B.van Kolk [12]). In Deutschland führte die analoge Entwicklung zu einer kompletten Verkenning der Ursachen. Durch Bonhoeffer wurde der Begriff der Willenskrankheit und der Rentenrose (1926) geprägt [13]. Bonhoeffer und Konsorten verstanden die Ursache der posttraumatischen Störung in einem sekundären Krankheitsgewinn, indem demjenigen Entschädigungen winkten, der an entsprechenden Symptomen litt. Die deutsche (und teilweise auch europäische) Schulmedizin erklärte die Rentenrose solange als unheilbar, solange Entschädigungen zugebilligt wurden [14]. Die militärisch begründeten Forschungsarbeiten erreichten mit dem Vietnam Krieg ihren Höhepunkt und führten schliesslich 1980 zur Formulierung von PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung). Das zugrundeliegende Konzept basierte im wesentlichen auf den Erkenntnissen von Abram Kardiner und seiner Beschreibung von Traumatic Neurosis of War [15,16].

Und schliesslich sind wir nun Zeitzeugen einer dritten Auseinandersetzung innerhalb der vergangenen 100 Jahre : sexuelle und häusliche Gewalt werden als strukturelle Gewalt sowie krankheitsverursachende Gründe zunehmend anerkannt. Diese Erkenntnis ist in erster Linie der Arbeit der Frauenbewegung in Europa und USA zu verdanken, die als erste politische Bewegung diese Themen aufgegriffen und an die Ausgangspunkte vor über 100 Jahren angeknüpft hat. Die Frauenbewegung hat zusammen mit Bürgerrechtsbewegungen insbesondere im angelsächsischen Raum dazu geführt, dass das Schweigen gebrochen wurde. Diese Entwicklung ist nicht weiter überraschend, wenn man bedenkt, dass es sich bei der überwiegenden Mehrheit der Opfer von sexueller und struktureller Gewalt um Frauen handelt. Die Diskussion um die Genderproblematik zeigte zudem die traditionelle Ausbeutungssituation der Frauen im allgemeinen auf.

Das heutige Verständnis der psychotraumatischen Auswirkungen von sexueller und anderer Gewalt im Rahmen von Abhängigkeitsbeziehungen resultiert aus diesen drei genannten Bereichen [17]. Die Psychotraumatologie untersucht diese Zusammenhänge und liefert pathogenetische Erklärungsmodelle. Eine der zentralsten Forschungsschwerpunkte stellt dabei die scheinbar banale Frage dar, was eigentlich ein Trauma zu einem Trauma macht. Ist die Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis, welches wir gemeinhin als traumatisch einstufen, eine normale Reaktion auf ein ausserordentliches Ereignis, oder handelt es sich um ein pathologisches Geschehen?

## B. Medizinethik

Wie reagierte die Ärzteschaft bisher auf strukturelle und sexuelle Gewalt? Wie geht die Ärzteschaft mit ihrer eigenen (Definitions-) Macht um? Welche Krankheitsbegriffe und diagnostischen Mittel wurden eingesetzt, um die traumatische Genese von Störungen

psychopathologisch zu erfassen und zu erkennen? Diese Fragen haben für das Verständnis der aktuellen Medizin eine brisante Bedeutung und hängen möglicherweise mit der viel beklagten Krise der heutigen Medizin zusammen, die sich in einem zunehmenden Vertrauensverlust in die praktizierte ärztliche Behandlung zeigt [18]. Der moralische Pluralismus resp. Wertepluralismus der heutigen Gesellschaften war mit einer der Gründe für die Aberkennung des ärztlichen Primats in moralischen Fragen, wie es seit Bestehen des Hippokratischen Eides gegolten hatte. Hatte die Ärzteschaft traditionellerweise solche Fragen ausschliesslich innerhalb der eigenen Zunft geklärt, zeigte sich in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts immer deutlicher der Einfluss anderer gesellschaftlicher Gruppierungen. Eine erste derartige Einflussnahme stellte die richterliche Formulierung im „Nürnberger Kodex“ dar, wo unter dem Eindruck der Verstrickung der Medizin im deutschen Nationalsozialismus die Forderung aufgestellt wurde, dass inskünftig die freiwillige und informierte Zustimmung des Patienten eingeholt werden musste, wer medizinische Experimente durchzuführen beabsichtigte. Diese Forderung war aufgrund der durch die mit den Nationalsozialisten paktierenden Ärzten und ihren unglaublichen Menschenversuchen aufgestellt worden. Der Weltärztebund übernahm diese Forderung 1964 durch die Deklaration von Helsinki mit der bindenden Verpflichtung des „informed consent“. Der Begriff selbst wurde in einem Gerichtsurteil von 1957 geprägt. Die ebenfalls in diesem Zeitraum bekanntgewordenen Beispiele weiterer Humanexperimente ausserhalb diktatorischer Staaten verstärkte die ohnehin beginnende Auseinandersetzung um Patientenrechte [19]. Inzwischen wurde auch in der klinischen Medizin der „informed consent“ als selbstverständliche Regelung der ärztlichen Behandlung akzeptiert. Wobei nicht vergessen werden darf, dass auch dieser Prozess durch Gerichtsverfahren erheblich beschleunigt wurde und nicht etwa in erster Linie aufgrund einer „neuen Gesinnung“ durch die Zunft übernommen wurde. Erst die rechtliche Verpflichtung zur Einholung der informierten Zustimmung des Patienten zu jeglichen ärztlichen Eingriffen nahm die Zunft an die Kandare. Europa folgte in dieser Entwicklung dem angelsächsischen Sprachraum mit einer Latenz von 20 Jahren nach. Als Hauptgrund für diese Verzögerung führt Bettina Schöne-Seifert an : *„Die mörderischen Menschversuche, Eugenikprogramme und sogenannte „Euthanasie“-Aktionen der Nationalsozialisten und die ungeheuerliche Demoralisierung und Verrohung vieler Ärzte und Nichtärzte, die solches geduldet, unterstützt und ausgeführt hatten, haben Fragen der Medizinethik (eingefügt durch Autor) nachhaltig tabuisiert.“*

Der heutige Leser kann unschwer erkennen, wie solche von aussen an die Medizin herangetragenen Entwicklungen durchaus sinnvolle Seiten haben können. Der fast schon reflexartige Aufschrei der ärztlichen Zunft gegen jegliche Versuche zur Einflussnahme sollte angesichts solcher historischen Zusammenhänge immerhin überdacht werden - jüngstes Beispiel ist die Tirade der Zunft gegen das Bundesamt für Gesundheitswesen wegen der Veröffentlichung einer Zahlenschätzung von tödlichen Komplikationen als Folge ärztlicher Behandlungen basierend auf USA-Zahlenmaterial [20]. Unter anderem bewirkte diese Publikation jedenfalls ein beschleunigtes Umdenken innerhalb der Schweizer Ärzteschaft und die Formulierung eines neuen Paradigmas im Sinne einer „Fehlerkultur“, wo ärztliche Behandlungsfehler nicht mehr länger bestritten werden sollen, sondern im Gegenteil in ihrer Entstehungsweise, ihrem Ablauf und ihren Folgen untersucht werden sollen [21]. Die Hoffnung wurde durch unseren Präsidenten der Aerztevereinigung Brunner formuliert, dass damit möglicherweise auch längerfristig

etwas gelernt werden kann - gemäss dem Bonmot : "Durch Schaden wird man klug". Die von Kollegen und Kolleginnen teilweise schon seit Jahren durchgeführten Untersuchungen zur Fehlerhäufigkeit sowie deren Entstehungsweisen und Folgen wurde schlagartig zur Kenntnis genommen.

### C. Der Garten der Gewalt

*Zum Willkommen tappt ihr dann nach allen Siebensachen,  
Um die ein anderer viele Jahre streicht,  
Versteh das Pülslein wohl zu drücken,  
Und fasset sie mit feurig schlaun Blicken  
Wohl um die schlanke Hüfte frei,  
Zu sehn, wie fest geschnürt sie sei.*

Mephistopheles, 6. Szene Faust [22]

Der stete Konflikt zwischen Nichtwahrhaben-wollen sowie Vergessen-wollen von schrecklichen Erinnerungen und Tatsachen und dem Wunsch, alles laut heraus zu schreien, stellt die zentrale Dialektik jeder psychotraumatischen Situation dar. Als Zeuge wird man wie die Opfer vor dieses Dilemma gestellt. Als Zeuge läuft man jedoch auch wie die Opfer Gefahr, dass einem nicht geglaubt wird, dass man hingestellt wird, als einer, der alles übertreibt, oder dass einem jede Glaubwürdigkeit abgesprochen wird. Und als Zeuge erlebt man Ohnmacht, wie die Opfer. Sich mit den Opfern einzulassen, fordert wesentlich mehr, als einfach zu schweigen.

Was lösen Täter, was lösen Opfer in aus? Grundsätzlich ist es einfacher, die Position des Täters zu übernehmen - alles was man zu tun hat, ist schlicht und einfach : **nichts tun**. Wenn wir nichts tun, bleibt der Täter unbehelligt. Wenn wir schweigen, passiert nichts. Wenn wir vergessen, kommt der Täter ungeschoren davon. Das störende sind nur die Opfer - sie schweigen womöglich nicht. Sie fordern uns zum Handeln auf. Opfer verlangen von uns Taten, fordern ein Bekennen, und fordern Positionen zu beziehen [23].

Opfer von menschlichen Verfehlungen machen oft die Hölle durch. Sie leiden, es ist oft unermesslich. Die Gesellschaft ist jedoch nicht bereit, alle Opfer gleich zu behandeln - da werden fein säuberlich Unterschiede gemacht. Nicht alle haben das gleiche Recht, Opfer zu sein. Ist der Grund eine Naturkatastrophe, so sind das „Gottes Handlungen“, die Schöpfung, es ist Schicksal. Alle solidarisieren sich mit den Betroffenen. Gelder werden gesammelt. Die Opfer - und die Helfer natürlich auch - kommen im Fernsehen, zur besten Sendezeit. Alle sind wir stolz über unsere Hilfsbereitschaft - die sich in 7stelligen Beträgen der Glückskette und ähnlichem manifestiert. Und daneben gibt es eine andere Kategorie von Opfern, Opfer sexueller Gewalt, Opfer von ausbeuterischen Beziehungskonstellationen. Diese Opfer werden nie im Fernsehen gezeigt. Unweigerlich würde man in diesem Strudel zwischen Täter und Opfer gezogen werden. Niemand könnte neutral bleiben, man ist gezwungen, Position zu beziehen. Aufgrund der obigen Ausführungen ist leicht zu erkennen, was einfacher ist, und damit wird auch klar, wieso Opfer von sexueller Gewalt häufig keine Chance haben, dass ihre Situation wahrgenommen wird.

Die Rekrutenbefragung 1997 ergab, dass rund 12% aller 20-jährigen Männer in unserem Land sexuelle Gewalt verübt haben [24]. Diese Zahl entspricht einer reinen Dunkelziffer - keiner der befragten Rekruten war deswegen in ein Strafverfahren verwickelt worden. Es ist davon auszugehen, dass sexuelle Gewalt weitaus häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde. Was lernen wir darüber in der Ausbildung, im Studium, in der Weiterbildung? Sind die Fachleute vorbereitet, diese Form von Traumatisierung zu erkennen und zu behandeln? Fragen Sie sich selbst. Die wenigsten Fachleute verfügen über das notwendige Wissen. Es ist völlig unverständlich, dass wir seltene Krankheitsbilder wie beispielsweise die Chorea Huntington (Inzidenz 5:100'000) ausführlich vermittelt bekommen, während Wissen um sexuelle Gewalt praktisch überhaupt nicht doziert wird. Hier bestehen unter den Fachleuten richtiggehend „schwarze Löcher“ an fehlendem Know-how. Daraus resultieren vielfältige Ohnmachtsgefühle und Konzeptlosigkeit in der Vorgehensweise. Diese Defizite dürfen nicht in erster Linie als individuelle Probleme der einzelnen Fachleute angesehen werden, sondern sind letztendlich Ausdruck einer fehlenden Reflexion mit der Thematik, welche das Gesundheitswesen als Ganzes charakterisiert.

Noch verheerender wird es, wenn wir die Auswirkungen sexueller Missbräuche (PSM = professional sexual misconduct) durch die Fachleute selbst untersuchen. Dieses Thema wird in der Aus- und Weiterbildung vollkommen tabuisiert. Fachleuten wird keine Gelegenheit geboten, solche Dinge zu reflektieren. Entsprechend lernen Fachleute kaum, mit Gefühlen von Nähe und Distanz professionell umzugehen. Für die Schweiz liegen keine Zahlen zur Häufigkeit von PSM vor. Aufgrund ausländischer Untersuchungen muss davon ausgegangen werden, dass erschreckend hohe %-Sätze von Fachleuten ihre Patienten oder Patientinnen sexuell ausnutzen. Seit der ersten Umfrage 1973 durch Kardener [25] wurden in unzähligen Studien diese Zahlen für die unterschiedlichen Fachdisziplinen erhärtet. Sie bewegen sich zwischen 5% für die meisten ärztlichen Disziplinen bis zu 10-15% für psychiatrisch und psychologisch tätige Fachkräfte. Die bisher aussagekräftigste Untersuchung wurde in Kanada (Ontario, 11 Mio. Einwohner) mittels einer Bevölkerungsbefragung im Jahre 1999 durchgeführt. Dabei gaben 1% (110'000) aller Einwohner an, dass sie in den zurückliegenden 5 Jahren direkte sexuelle Kontakte mit Fachleuten im Gesundheitswesen hatten [26]. Weitere 2% gaben für den selben Zeitraum an, dass sie anzügliche Bemerkungen und sexuell gefärbte Berührungen erlebt hatten. Werden diese Zahlen auf die Situation der Schweiz übertragen, wären jedes Jahr 14'000 Personen durch direkte sexuelle Kontakte durch Fachleute im Gesundheitswesen betroffen. Angesichts der meistens gravierenden Folgen bei Betroffenen und ihren Angehörigen kann dieses Problem durch die Verantwortlichen im Gesundheitswesen somit nicht länger ignoriert werden. Fachleute tendieren zu einem Bagatellisieren der Auswirkungen sexueller Kontakte, was ebenfalls in vielen Studien weltweit belegt wurde. Um ihre Karriere nicht zu gefährden, streiten sie alles ab. Gedeckt und gestützt durch mächtige Institutionen und Berufsverbände haben betroffene Patientinnen meist keine Chance, dass ihnen geglaubt wird. Wenn zudem den Fachleuten das entsprechende Wissen fehlt, können sie kaum die Betroffenen adäquat behandeln. Das wirft auch Fragen der Qualitätssicherung auf, die unter diesen Aspekten bisher weitgehend nicht beachtet wurden.

In Analogie zu gravierenden Nebeneffekten von Medikamenten müssten einige Bereiche im Gesundheitswesen „aufgegeben“ werden. „*The U.S. Food and Drug Administration*

*(FDA) uses a cutoff between 1% and 2% of adverse effects to ban a drug* [27]. Wenn in Selbstbefragungen 5% von Allgemein-Ärzten angeben, dass sie sexuelle Kontakte zu ihren Patienten haben, wird diese Limite bei weitem überschritten [28, 29]. Die Bedeutung dieser Studien wurde in einem Editorial im BMJ kommentiert. Die Autoren wiesen insbesondere darauf hin, dass die Daten den Schluss nahelegen : *„that this is not only a north American phenomenon“* [30]. Die höchsten Inzidenzraten werden unter psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Fachleuten gefunden [31]. Der Autor M. Ehlert-Balzer : *„ Mindestens 10% aller psychotherapeutisch tätigen nehmen mindestens einmal in ihrer beruflichen Laufbahn sexuelle Kontakte zu Patienten auf. Die weitaus meisten missbrauchenden Therapeuten sind männlich, die weitaus meisten missbrauchten Patienten weiblichen Geschlechts.“* Gynäkologen, HNO-Fachleute, Internisten, Chirurgen, Radiologen, jedoch auch andere Fachleute im Gesundheitswesen, wie beispielsweise Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und insbesondere auch das Pflegepersonal [32], unterliegen den selben Risiken. Häufig werden die Ärzte für die Folgeschäden mitverantwortlich gemacht, weil sie aufgrund ihrer Position und der Tatsache der Überweisung oder Zuweisung betroffenen Patienten „einen schlechten Dienst“ erwiesen haben. Über 90% betroffener Patientinnen zeigen gravierende gesundheitliche und soziale Probleme (beispielsweise Arbeitsunfähigkeit!) nach PSM. Es hat sich zudem gezeigt, dass die Folgen von PSM besonders gravierend sind, wenn der Missbrauch durch Fachleute aus dem Gesundheitswesen erfolgt.

Es sind nicht nur die schrecklichen Bilder von traumatisierten Menschen, die via Fernsehen in unsere Wohnungen übertragen werden : wie beispielsweise von Kosovo, oder aus Rouanda. Viele Formen von Gewalt und Machtmissbrauch, insbesondere auch sexuelle Gewalt, ereignen bei uns statt, unerkannt. Klosterfrauen missbrauchen die ihnen anvertrauten Kinder - nicht nur in Irland, auch hier. Ärzte missbrauchen ihre Rolle und vergehen sich an ihren Patientinnen. Das Nicht-Wahrnehmen entspricht dabei einem kollektiven Abwehrmechanismus - auch als Tabuisierung bezeichnet - nicht zuletzt deswegen, weil das Problem ein Ausmass annimmt, dass man instinktiv daran zweifelt, es überhaupt lösen zu können. Mit Rationalisierungen wie, die Opfer sind selbst schuld, oder die Person hätte sich halt ihren Doktor besser aussuchen müssen, oder die Ärzteschaft unternimmt alles in ihrer Macht stehende, solche Missbräuche zu verhindern, werden kritische Stimmen besänftigt. Es ist wie wenn man Opfern von Hochwasserkatastrophen oder Sturmschäden zurufen wurde - selber schuld, man lebt doch nicht an einem solchen Ort. Schweissgebadet schrecke ich hoch. Ich war lange unterwegs gewesen. War es nur ein Traum? Bin ich wirklich im „Garten der Gewalt“ gewesen?

Literatur :

[1] Freud Sigmund, Gesammelte Werke. 1952

[2] „Garten der Gewalt“ an der Expo 02. Neue Zürcher Zeitung Nr. 30, 06.02.2001

[3] Stevenson Robert Louis (1978) : Dr. Jekyll and Mr. Hyde. Penguin Putnam Inc., New York.

- [4] Oppenheim Herman (1888) : Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterungen des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln? Berliner klinische Wochenschrift 1888,25; 166-170
- [5] Oppenheim Herman (1889) : Die traumatischen Neurosen. Hirschwald Verlag, Berlin
- [6] Freud Sigmund (1895) : Studien über Hysterie. Deuticke Verlag, Leipzig. G.W. 1987, Nachtragsband
- [7] Freud Sigmund (1896) : Ätiologie der Hysterie. GW Bd.1, 1952; pp 425-459
- [8] Micale M. (1989) : Hysteria and its Historiography. A review of past and present writings. History of Science 1989, 27; 319-351
- [9] Herman Judith (1992) : Trauma and Recovery. Basic Books, New York
- [10] Ferry Jules, zit. in Bidelman P.K. (1982) : Pariahs Stand Up! The Founding of the Liberal Feminist Movement in France, 1858-1889. Greenwood Press, Westport
- [11] Janet Pierre (1889) : L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Félix Alcan, Paris. Société Pierre Janet, Payot, Paris, 1973
- [12] Van der Kolk Bessel, McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars (2000) : Traumatic Stress. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junfermann Verlag, Paderborn
- [13] Bonhoeffer K. (1926) : Beurteilung, Begutachtung und Rechtssprechung bei der sogenannten Unfallneurose. Detsche Medizinische Wochenschrift 1926,52; 179
- [14] Fischer Gottfried, Riedesser Peter (1998) : Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt Verlag, München
- [15] Kardiner A. (1941) : The traumatic neuroses of war. Hoeber, New York
- [16] Foa Edna, Keane Terence, Freidman Matthew (2000) : Effective Treatment for PTSD. Guilford Press, New York
- [17] Tschan Werner (2001) : Missbrauchtes Vertrauen. Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Karger Verlag, Basel
- [18] Fischer Johannes (2001) : Weshalb hat die Medizin Probleme? Normative Faktoren, Ziele, Zielkonflikte. Schweizerische Aerzte zeitung 2001;82:Nr.4; 114-119
- [19] Schoene-Seifert Bettina (1996) : Medizinethik. In : Nida-Rümelin Julian (1996) : Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart. pp 552-648

- [20] Bundesamt für Gesundheitswesen. Nov. 2000, Bern
- [21] FMH Tagung : Risiken, Fehler und Patientensicherheit. 25. Januar 2001, Inselspital Bern
- [22] Goethe Johann Wolfgang (1808) : Faust. Der Tragödie erster Teil. Philipp Reclam, Stuttgart, 1971
- [23] Urbanik Frank (2000) : Teamorientierte stationäre Behandlung in der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- [24] Haas Henriette, Killias Martin (2000) : Sexuelle Gewalt und persönliche Auffälligkeiten: Eine Studie zu 20-jährigen Männern in der Schweiz. Institute de police scientifique et de criminologie, Lausanne. Crimiscopie 9, Juni 2000
- [25] Kardener Sheldon H., Fuller Marielle and Mensh Ivan N. (1973) : A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. Am J Psychiatry 130:10; 1077-1081
- [26] Manzer Jenny (2000) : Conduct unbecoming. Investigative report reveals thousands of Ontarians say they are sexually abused by health-care workers. Medical Post Volume 36(17), May 2nd, 2000
- [27] Gonsiorek John C. (1995) : Breach of trust. Sexual exploitation by health care professionals and clergy. Sage Publications, Thousand Oaks
- [28] Coverdale John H., Thomson Alex N., White Gillian E. (1995) : Social and sexual contact between general practitioners and patients in New Zealand: attitudes and prevalence. British Journal of General Practice 1995.45; 245-247
- [29] Wilbers D., Veenstra G., van de Wiel H.B.M., Weijmar Schultz W.C.M. (1992) : Sexual contact in the doctor-patient relationship in the Netherlands. British Medical Journal 1992,304; 1531-1534
- [30] Fahy Thomas, Fisher Nigel (1992) : Sexual contact between doctors and patients. British Medical Journal 1992,304; 1519-1520
- [31] Ehlert-Balzer Martin (1999) : Fundament in Frage gestellt. Sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Mause 121, September / Oktober 1999; 47-51
- [32] Moggi F., Bossi J., Bachmann K.M. (1992) : Sexueller Missbrauch in therapeutischen Beziehungen. Nervenarzt 1992,63; 705-709