

## Sexualität in abhängigen Beziehungen

Sexualität als Thema am Sonntag morgen? Das passt doch nicht – oder schon wieder. Denn wir leben in einer stark erotisierten Zeit. Sex ist überall präsent, wir werden in Bild, Sprache, Talk Shows mit allen möglichen sexuellen Themen und Anschauungen konfrontiert. Man könnte fast sagen, dass es üblicher ist, sich über Sexualpraktiken auszutauschen, als über – Glaubensfragen.

Aber – das Thema ist keineswegs neu, und etwa erst im Zusammenhang mit der aktuellen Sexualisierung aufgetreten, sondern schon ganz, ganz alt.

Im Eid des Hippokrates heißt es bereits vor 2400 Jahren:

*„... In alle Häuser, die ich besuche, will ich zum Vorteil der Kranken kommen, mich frei haltend von allem vorsätzlichen Unrecht, von aller Schädigung und insbesondere von sexuellen Beziehungen sowohl mit weiblichen als auch mit männlichen Personen, seien sie frei oder Sklaven.“*

Wir sehen also, dass es schon früh die Idee – oder auch die Erfahrung von Missbrauch gab. Deswegen wurde schon früh auf die Wahrung von Grenzen hingewiesen. Mit diesem Hinweis wurde zum einen auf die labile Intimsphäre der Patienten Bezug genommen, die auch mit einer Nivellierung von Sexualität einhergehen kann. Zum anderen kann er interpretiert werden in Hinblick darauf, dass bestimmte Konstellationen zum Wohle aller Beteiligten zu schützen sind, und Sex somit auszuklamern ist.

Derartige Konstellationen finden wir zwischen

- Arzt → Patient
- Therapeut → Klient
- Lehrer → Schüler
- Chef → Mitarbeiter

Aber – in der Pflege? Doch nicht zwischen Pflegekraft und Patient! In der Pflege stellen Genitalität, Körperkontakte, Beziehungsaufnahmen einen selbstverständlichen Aspekt der pflegerischen Begegnung dar. So spielt Sexualität in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten gar keine Rolle, sondern wird ganz praktisch und ganzheitlich in den ATL untergebracht

Vorrangig natürlich in der ATL „Sich als Mann oder Frau fühlen“ – aber eigentlich sind alle sexuellen Momente ATL- kompatibel.

So hat man in der Pflege das Phänomen der Sexualität also gut im Griff. Das war zwar früher noch zuverlässiger, als die meisten Krankenschwestern eher geschlechtslos wirkten und in ordentlichen Trachten über den Dingen, zumindest aber über körperlicher Lust zu stehen schienen. Eine rigide Hierarchie in sterilen Krankenhäusern, in denen alle Patienten schnell lernten, wo es langgeht, tat das ihrige. Das waren noch Zeiten - aber auch heute ist man doch in der Pflege sicher vor - ja, vor

der wirklichen Konfrontation mit Geschlechtlichkeit. Vor einer Begegnung auf der Mann – Frau – Ebene, oder etwa nicht?

Pflegekräfte nehmen keine Geschlechtslosigkeit für sich in Anspruch, Krankenhäuser sind nicht mehr so rigide und kundenfreundlicher, Patienten sind emanzipierter, und insbesondere in der Pflege von Menschen mit chronischer Krankheit wie bei der terminalen Niereninsuffizienz wird oft das institutionelle Setting verlassen, wenn nämlich die Betreuung zuhause erfolgt, oder verändert, wenn die Patienten in ambulanten Zentren betreut werden. Immer entstehen aber längere, verbindliche Beziehungen, deren Intensität sonst kaum in der Pflege hergestellt wird, und in denen sexuelle Grenzüberschreitungen zumindest denkbar wären.

– Auch wenn derzeit keine gesicherten Erkenntnisse diesbezüglich vorliegen. Es wird allenfalls schamhaft von Zudringlichkeiten einiger Patienten Krankenschwestern gegenüber berichtet.

Demgegenüber versuchen andere Berufsgruppen gezwungenermaßen, offen eine ethische Grundhaltung hinsichtlich Sexualität mit Abhängigen zu diskutieren und vor allem einzuhalten.

Grundsätzlich werden unterschiedliche Formen der Grenzüberschreitung beschrieben, die ich im folgenden auf die Beziehung Pflege / Patient beziehen werde:

### **1) Annäherung geht von der Pflege aus**

- A) als Ausdruck der Überlegenheit – zudringlich, entwertend, Macht missbrauchend
- B) partnerschaftliche Beziehung herstellend, die überlegene Position wird verlassen, bzw. dient als Voraussetzung für das Anbahnen einer Beziehung

Hierzu ist festzuhalten, dass sexuelles / annäherndes Verhalten von Seiten der Pflege den Patienten gegenüber nicht zulässig ist, sondern es sich im engeren Sinn um Kontakt zu Abhängigen, und damit um Missbrauch handelt. Aus gegebenen Anlässen wurden derartige Überschreitungen in den Berufsgruppen der Psychiater und Psychologen, die in ihren Psychotherapien eine besondere Form von Nähe und Abhängigkeit zu ihren Klienten herstellen, untersucht, und führten zu ausdrücklichen ethischen Vorgaben . - Wenn Sie so wollen, Neuauflagen des Hippokratischen Eides. In der Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) heißt es z.B.:

*„...erotische und sexuelle Kontakte in der Psychotherapie stellen einen Machtmissbrauch dar. Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klient liegen immer in der Verantwortung des Therapeuten, gleichgültig, von wem die sexuellen Kontakte ausgingen.“ ...*

Fakt ist nämlich, dass es eben nicht nur zu Grenzüberschreitungen aufgrund der Übergriffigkeit von professionellen Beziehungspartnern (Therapeuten, Ärzte, Pflege-

kräfte) kommt, sondern dass diese, oft auch bestätigt von den Aussagen der KlientInnen meinen, sie wären damit auf die Bedürfnisse und Wünsche der KlientInnen eingegangen.

Es gibt also auch die Möglichkeit:

## **2) Annäherung geht von Patienten aus**

A) Aus der unterlegenen Position hochblickend, bewundernd, begehrend

B) Die Pflege durch Annäherung entmachtend, destabilisierend, indem sie auf eine partnerschaftliche – evtl. sogar unterlegene Position geholt wird

In der bereits zitierten Erklärung der DGVT heißt es dazu:

*„Eine Pat. / ein Pat. kann durchaus Gefühle von Sympathie, Anziehung, Attraktivität oder Erotik für ihren Therapeuten oder ihre Therapeutin haben. Der Therapeut darf dies aber nicht zum Anlass für körperliche oder sexuelle Kontakte nehmen.“*

Dies kommt nämlich tatsächlich in bestimmten Konstellationen vor und es wäre durchaus denkbar, dass auch in der Pflege die professionellen Anbieter von den PatientInnen angehimmelt, ja begehrt werden, dass diese sich ihnen verführerisch präsentieren. Das ist denkbar und wäre erlaubt.

Verboten bzw. unethisch wäre es demgegenüber, dieses Angebot anzunehmen.

Dann wird daraus ein Missbrauch.

Befragungen ergaben einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Altersunterschied und dem Maß erlebter Belastung durch annäherndes Verhalten: So war es Pflegenden bei einem großen Altersunterschied den Patienten gegenüber eher und leichter möglich, erlebte Zudringlichkeiten zu bewältigen und nicht als belastend zu erleben. Insbesondere bei tendenzieller Gleichaltrigkeit wurde die eigene Geschlechtlichkeit stärker angesprochen, und es war für die Pflegenden problematischer, sich davon zu distanzieren.

Wie kommt es aber dazu, wie ist das verführerische Verhalten von Patienten zu verstehen?

Diese Frage werden wir später tiefenpsychologisch interpretieren. Zunächst sollten wir die Dynamik betrachten, die sich aus der Auseinandersetzung mit der Erkrankung ergibt. Die Situation der Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz ist geprägt von:

- Dialyse als ein Ergebnis eines Prozesses, der verbunden war mit Kampf, Niederlagen, Verlusten
- Latenter Todesangst / verminderter Lebenserwartung
- Körperveränderungen
- Hoffnung auf neue Niere mit den entspr. Ungewissheiten

Damit einher gehen bestimmte Verlusterfahrungen:

- Autonomie
- Selbstbestimmtheit
- Gesundheit
- Selbstwert + -vertrauen
- beruflichen Möglichkeiten
- soziale Kontakte

So steht die betroffene Person also ihrer Krankheit gegenüber und ist aufgefordert, das Unveränderliche zu akzeptieren / zu bewältigen. Mit Hilfe eines sozialen Netzes das umso betroffener ist, je nahestehender die Personen sind, und mit Hilfe von Pflegepersonen, die Unterstützung und Ganzheitlichkeit anbieten.

Dabei wird eine Beziehung angestrebt, bzw. angeboten, die geprägt ist von:

- Professionalität
- Körperlichkeit
- Einem Gefälle in Hinblick auf
  - Kompetenz
  - Offenheit
  - Bedürftigkeit
- so ist die Beziehung asymmetrisch
- und auch eine abhängige Beziehung

In dieser Beziehung stellen die Patienten sich und anderen sowohl direkt als auch unausgesprochen immer wieder die Frage:

„Bin ich noch ... liebenswert, leistungsfähig, attraktiv „

Denn Dialyse stellt – wie Krisen, Krankheiten überhaupt! – Attraktivität, und Leitungsfähigkeit in Frage, aktiviert also Zweifel am eigenen Selbstwert.

Wenn die Frage: „siehst du auch eine attraktive Frau / einen attraktiven Mann in mir?“ in der in der Pflege - Beziehung gestellt werden, kann das Ausdruck sein von Vertrauen, zugeschriebener Feldkompetenz, Mangel an Alternativen (ich hab ja sonst keinen).

Alle Patienten nutzen die Pflege zur Kompensation der eigenen Situation, und weisen Ihnen eine Position zu

- in der der Patient Sie als professionellen Beziehungspartner aushalten kann.
- die insgesamt eine maximale Re-Stabilisierung für den Patienten im Umgang mit seiner Krankheit und Kränkung bedeutet.
- die vakant ist! Die Pflege muss leisten, was weder vom Patienten noch anderen Personen übernommen wird, bzw. übernommen werden kann.

In Einzelfällen kann die Kompensation dann mit Grenzüberschreitungen einhergehen. Für die beiden angedachten Möglichkeiten könnte das bedeuten:

- A) Patient versucht, sich über erotische Zuwendung zu stabilisieren. Wechselt die – Ebene und zieht Bestätigung daraus. Dann zählen nicht mehr die harnpflichtigen Substanzen, sondern „wie sehe ich aus“
- B) Patient ist auf die Entmachtung der Pflege angewiesen, hält die eigene Unterlegenheit nicht aus, leidet unter Kontrollverlust – und hat so eine Möglichkeit der Kontrolle entdeckt

Eine andere Sichtweise und Interpretation sexueller Grenzüberschreitungen ergibt sich aus der tiefenpsychologischen Perspektive. Bestimmte Beziehungen, zu denen wir auch die zwischen Pflegekraft und Patient assoziieren können, sind alle gekennzeichnet durch ein besonderes Maß an Nähe, Intimität, Asymmetrie und Abhängigkeit. Damit bieten sie eine Schablone für die Eltern-Kind-Konstellation mit einem alten Thema, das Freud beschrieb, und nach einem noch älteren Drama benannte: Ödipal. Wir haben es in diesen Beziehungen per Rollendefinition mit einer klaren Verteilung von Über- und Unterlegenheit zu tun, und die kann (muss nicht) unter bestimmten Bedingungen zu einer Re-Aktivierung früherer Muster und Erfahrungen führen, also mit einer gewissen Regression einhergehen.

Damit dies verständlicher wird, müssen wir einen kurzen Blick auf die tiefenpsychologischen Entwicklungstheorien werfen, ich beziehe mich dabei auf Freud und Erikson. Danach wird davon ausgegangen, dass Kinder in der Altersgruppe 3 – 6 Jahren ihre eigene Geschlechtlichkeit entdecken, und nun ihre kindliche Erotik auf den andersgeschlechtlichen Elternteil beziehen: „wenn ich groß bin, heirate ich dich“

D.h. Jungs begehren ihre Mutter – und bleiben damit der primären Bezugsperson treu – während Mädchen den Vater begehren, und sich damit ein wenig von der Mutter lösen, um – dem mütterlichen Vorbild folgend – den Vater als dominante Figur der Familie anzusehen.

Es ist jetzt die Aufgabe der Eltern, die Kinder mit der gesellschaftlichen Moral, also dem Inzestverbot und damit einem klaren Nein zu konfrontieren – bei gleichzeitiger Akzeptanz des kindlichen Verhaltens und einer Wahrung der kindlichen Würde.

Das Kind darf – muss vielleicht sogar begehren und verführen wollen, muss sich in der neu entdeckten geschlechtlichen Rolle ausprobieren, muss versuchen dürfen, den Vater um den Finger zu wickeln usw. ...

Aber natürlich darf so ein noch so unwiderstehliches Angebot nicht angenommen werden. Es würde allen Beteiligten ausschließlich Schaden zufügen:

Die Partnerschaft als Boden der Familie würde zerbrechen. Das Kind ist einer erotischen Bez. noch nicht gewachsen, und würde den begehrten Elternteil ebenso verlieren, wie den elterlichen Rivalen. Zudem fehlt das gleichgeschlechtliche Elternteil, das jetzt Rivale ist, als Identifikationsfigur und Vorbild. Lösung also: Du bist das schönste / beste / liebste Kind, aber der Platz neben mir ist besetzt, für dich nicht der richtige.

Nur so kann jeder in seiner eigentlichen Rolle bleiben, nur so macht das Kind die Erfahrung von Angemessenheit eines Platzes im sozialen Gefüge. Und so lernt das Kind auch, gesellschaftliche Normen zu übernehmen und zu verinnerlichen, was als Basis des sogenannten Über-Ichs, oder des Gewissens verstanden wird.

Die besondere Situation der Dialyse-Patienten und die besondere Beziehung zu ihren Pflegekräften begünstigt eine Reaktivierung ödipaler Strukturen.

Es ist dabei denkbar, dass die begehrte Pflegekraft sich in ihrem Engagement für diesen Patienten bestätigt – und als Mensch, d.h. Mann oder Frau total geschmeichelt bzw. gesehen fühlt. Unter der Überschrift: Jetzt endlich sieht, versteht, braucht mich jemand so, wie ich es mir immer gewünscht habe. Das ist ein Trugschluss, denn die Pflegekraft ist nicht als Mann oder Frau gemeint, sondern als Mutter oder Vater! Es wird eben eine alte Schablone angesprochen. Wie in allen anderen abhängigen Beziehungen die eine ödipale Thematik auslösen heißt also auch hier die einzig mögliche Antwort „nein“. Und zwar genau so wie damals – oder endlich so, wie es damals hätte sein sollen: „Sie sind eine attraktive Frau / ein attraktiver Mann, aber ...“ Die Kunst besteht in dem: Ja – aber. Also eine Bestätigung der Person ohne das Angebot anzunehmen.

Voraussetzung: Eigene Sicherheit – statt eigener Bedürfnisse – und darauf haben unsere Patienten ja ein Recht, dass wir ihnen ein professionelles Angebot machen, ohne eigene Bedürfnisse dabei einfließen zu lassen, bzw. befriedigen zu wollen.

### Konsequenzen der Grenzüberschreitungen

Wenn ich mich so massiv für ein deutliches „Nein“ einsetze, dann geht es mir dabei nicht um Moralvorstellungen, oder darum, was man tun und was nicht – sondern vielmehr darum, stabilisierende Strukturen zu wahren, und das Moment von Angemessenheit zu erhalten.

Die vorgegebenen Rollen „Krankenschwester / Krankenpfleger“ und „Patient“ bieten einen guten Rahmen für Handlungen. Wenn jeder seine Rolle spielt, ermöglicht das ein gutes Funktionieren der Interaktion – und Sexualität erhält dabei eine klare, vorgegebene Bedeutung. Eine Begegnung oder Verhandlung auf geschlechtlicher Mann – Frau – Ebene ist nicht vorgesehen, Sexualität bekommt einen selbstverständlichen Part zugewiesen.

Das erspart Peinlichkeit und Erotisierung. Und ermöglicht angemessene, kompetente und respektvolle Pflege – bei der Patienten im wahrsten Sinne des Wortes das Gefühl haben, „in guten Händen“ zu sein. Diese Qualität aber würde in Frage gestellt, wenn die vorgegebenen Positionen zugunsten frei verhandelbarer aufgegeben würden. Um handlungsfähig zu bleiben, bin ich aber in bestimmten Konstellationen auf klare – nicht einengende Strukturen angewiesen.

Was also können Sie tun um diese Strukturen zu wahren – und um handlungsfähig zu bleiben?

Wann immer Sie also den Eindruck von unangemessener Nähe und Erotisierung haben:

- sprechen Sie es an und aus
- reden Sie mit anderen Personen darüber, veröffentlichen Sie Ihre Situation
- holen Sie sich Unterstützung, evtl. Supervision
- und reflektieren Sie Ihr eigenes Verhalten dahingehend, wo Sie Anteile und Sehnsüchte haben
- widerstehen Sie also der Versuchung, eine gegenseitig erhöhende / überhöhende Beziehung einzugehen

*Das Nein zu einem Verführungsangebot ist*

- *unumstößlich*
- *durch keine Ausnahme zu rechtfertigen*
- *keinesfalls als Ablehnung der Person oder als Entwertung dessen Persönlichkeit zu verstehen*

Es geht vielmehr – wie auch früher – darum, die angemessenen Strukturen zu stabilisieren, denn nur dann kann das eigentliche Ziel erreicht werden. Das bedeutet, Sexualität bekommt ihren angemessenen Platz, die Intimsphäre aller Beteiligten wird als solche gewürdigt und wahrgenommen. Und die Begegnung auf der Mann – Frau – Ebene rückt in den Hintergrund – zugunsten einer vor-strukturierten Beziehung, in der Sexualität einen selbstverständlichen Teil der pflegerischen Begegnung darstellt.

Nicht, weil Pflege geschlechtslos in rigiden Strukturen agiert – sondern als Ausdruck verantwortungsvollen, kompetenten Handelns.