

**Svenja Engbrink**

# Psychotherapeuten als Opfer von Stalking

**Diplomarbeit**

# BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei [www.GRIN.com](http://www.GRIN.com) hochladen  
und kostenlos publizieren



Universität Osnabrück  
- Institut für Psychologie -



Diplomarbeit

***Psychotherapeuten  
als Opfer von Stalking***

vorgelegt von  
Svenja Engbrink  
Osnabrück, Mai 2009

Mein Dank geht an alle, die dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit möglich war:

- die Therapeuten, die sich die Zeit genommen haben, meinen Fragebogen auszufüllen
- Rechtsanwalt Dr. Volkmar von Pechstaedt für die freundliche juristisch-deutsch-Übersetzung
- Rechtsanwalt Michael Carstens für sonstige juristische Rückendeckung
- Ramona Heidenescher und Ines Bitterli für´s Korrekturlesen
- Tanja Weinberg und Henry Style für die *best* Ablenkung *ever* in Form von originellen Tanz-Choreographien
- Heide Hofmeyer für die viele Trostschokolade (und Michael Unrath für die Motivation zum Joggen, um die überschüssigen Pfunde wieder abzutrainieren (*jawohl gab es die!!! Auch wenn du was anderes behauptest!*))
- Michael Meis für die Reparatur meines PCs und zerrütteten Nervenkostüms nach den ersten 60 Seiten und totalem Festplatten-Crash
- den Mitarbeitern von Plus für die zuverlässigen sozialen Kontakte in der oft einsamen Hardcore-Schreibphase (*die Zeiten, wo mir um 21:50 Uhr einfällt, dass ich einen Großeinkauf machen muss, sind jetzt vorbei, versprochen!*)
- Tobias Knospe, weil er trotz all meiner Jammerei nie davon zu überzeugen war, dass ich es nicht schaffen werde
- das Ehepaar Nolte - im Aufpäppeln von erschöpften Studentinnen macht Ihnen niemand etwas vor!
- nochmal Michael Unrath für seine Geduld und Hinweise auf meine zum Teil eigenwilligen Ansichten bzgl. statistischer Verfahren
- Françoise und Christian Rode, ohne die ich wahrscheinlich niemals auf diesen herausfordernden und faszinierenden Beruf gekommen wäre
- Prof. Dr. Jürgen Kriz für die Ermöglichung der Umfrage in Osnabrück
- last but absolutely not least: Dr. Jens Hoffmann, der sich der Autorin mit ihrem beharrlichen Wunsch nach diesem Diplomarbeitsthema angenommen hat

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| Tabellenverzeichnis.....   | III       |
| Abbildungsverzeichnis.....   | IV        |
| Zusammenfassung.....   | V         |
| <b>I. Einleitung.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>   |           |
| <b>II. Stalking (Überblick über allgemeine Aspekte)</b>                  |           |
| <b>1. Definitionsproblem.....</b>  | <b>6</b>  |
| 1.1. Klinische Definitionen.....   | 8         |
| 1.2. Juristische Definition.....   | 9         |
| <b>2. Opfer.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>3. Stalker.....</b>   | <b>15</b> |
| 3.1. Motive.....   | 16        |
| 3.2. Verhaltensweisen.....   | 17        |
| 3.3. Psychisches Funktionsniveau und psychiatrische Auffälligkeiten..... | 18        |
| <b>4. Folgen für die Opfer.....</b>                                      | <b>20</b> |
| <b>III. Therapeuten als Opfer von Stalking</b>                           |           |
| <b>1. Grenzen und ethische Richtlinien einer Psychotherapie.....</b>     | <b>24</b> |
| <b>2. Bisherige Studien.....</b>   | <b>29</b> |
| 2.1. Ziele der Untersuchungen.....                                       | 30        |
| 2.2. Untersuchungsgegenstände.....                                       | 31        |
| <b>3. Therapeuten.....</b>   | <b>33</b> |
| 3.1. Sicherheitssorgen.....  | 37        |
| <b>4. Stalker.....</b>   | <b>39</b> |
| 4.1. Motive.....   | 41        |
| 4.1.1. Fallbeispiele.....  | 44        |
| 4.2. Arten von Grenzüberschreitungen beim Stalking.....                  | 49        |
| 4.3. Psychisches Funktionsniveau und psychiatrische Auffälligkeiten..... | 54        |
| 4.3.1. Pathologische Bindungsstile.....                                  | 57        |
| 4.3.2. Affektive Störungen.....  | 58        |
| 4.3.3. Schizophrenie bzw. Psychosen.....                                 | 59        |
| 4.3.4. Persönlichkeitsstörungen.....                                     | 63        |
| <b>5. Auswirkungen auf die Opfer.....</b>                                | <b>66</b> |
| <b>6. Sicherheitsmaßnahmen und Prävention.....</b>                       | <b>75</b> |

---

**PRAKTISCHE UNTERSUCHUNG**

|   |            |
|---|------------|
| <b>IV. Fragestellung</b> .....  | 87         |
| <b>V. Methoden</b>  |            |
| 1.    Messinstrument.....   | 87         |
| 2.    Untersuchungsplanung und -durchführung.....                             | 94         |
| 3.    Stichprobe.....   | 97         |
| <b>VI. Ergebnisse</b>   |            |
| <b>1.    Demographische Daten der Befragten</b>                               |            |
| a) Geschlecht und Alter.....  | 99         |
| b) Berufserfahrung.....   | 101        |
| <b>2.    Sicherheitsorgen und -maßnahmen</b> .....                            | <b>101</b> |
| 2.1. Zusammenhang zwischen Sorge und Sicherheitsmaßnahmen.....                | 104        |
| <b>3.    Arten von Grenzüberschreitungen</b>                                  |            |
| a) Stalking-Verhaltensweisen.....   | 105        |
| b) Kriminelle Verhaltensweisen.....   | 107        |
| c) Bedrohungen und Übergriffe.....  | 109        |
| 3.1. Demographische Daten und Opfer-Erfahrungen.....                          | 110        |
| 3.2. Erlebnisse und Besorgnis.....  | 111        |
| <b>4.    Täter</b>  |            |
| a) Beziehung zum Therapeuten.....   | 112        |
| b) Diagnosen.....   | 113        |
| 4.1. Geschlecht Therapeut und Täter.....                                      | 114        |
| <b>5.    Dauer und Häufigkeit</b> .....                                       | <b>116</b> |
| 5.1. Häufigkeit und Dauer der Vorfälle und Diagnose der Täter.....            | 118        |
| <b>6.    Motive</b> .....   | <b>119</b> |
| 6.1. Motive und Verhaltensweisen.....   | 120        |
| <b>7.    Auswirkungen</b>   |            |
| a) Angst und Belastung.....   | 122        |
| b) Impact of Event-Skala.....   | 123        |
| 7.1. Geschlecht der Opfer und Ausmaß der Belastung.....                       | 124        |
| 7.2. Ausmaß der Belastung und Verhaltensweisen.....                           | 126        |
| <b>8.    Umgang mit der Situation</b> .....                                   | <b>127</b> |
| 8.1. Umgang mit und Ausmaß der Grenzüberschreitungen.....                     | 129        |
| <b>9.    Sicherheitsmaßnahmen und Prävention</b> .....                        | <b>130</b> |
| <b>10.   Informationsbedarf bzgl. geeigneter Reaktionsmöglichkeiten</b> ..... | <b>131</b> |
| <b>VII. Diskussion</b> .....  | 132        |
| 1.    Ergebnisse.....   | 133        |
| 2.    Verbesserung des Fragebogens.....                                       | 138        |
| 3.    Sonstiges.....  | 140        |
| <b>VIII. Literaturverzeichnis</b> .....                                       | 141        |
| <b>IX. Anhang</b> .....   | 145        |

---

## Tabellenverzeichnis

|   |  |     |
|---|--|-----|
| <b>Tabelle 1:</b>                               | Bisherige Studien zum Thema.....   | 29  |
| <b>Tabelle 2:</b>                               | Ziele der einzelnen Studien.....   | 30  |
| <b>Tabelle 3:</b>                               | Definition von Stalking in den Studien.....                                  | 32  |
| <b>Tabelle 4:</b>                               | Demographische Daten der Therapeuten.....                                    | 35  |
| <b>Tabelle 5:</b>                               | Sicherheitsorgen von Therapeuten.....  | 38  |
| <b>Tabelle 6:</b>                               | Demographische Daten der Stalker.....  | 40  |
| <b>Tabelle 7:</b>                               | Vermutete Motive der Stalker.....  | 48  |
| <b>Tabelle 8:</b>                               | Verhaltensweisen der Stalker.....  | 51  |
| <b>Tabelle 9:</b>                               | Diagnosen der Stalker.....   | 55  |
| <b>Tabelle 10:</b>                              | Folgen für die Opfer.....  | 68  |
| <b>Tabelle 11:</b>                              | Maßnahmen zur Erhöhung der eigenen Sicherheit.....                           | 76  |
| <b>Ergebnisse der praktischen Untersuchung:</b> |  |     |
| <b>Tabelle 12a:</b>                             | Berufsgruppen, Geschlechterverteilung und Altersgruppen.....                 | 99  |
| <b>Tabelle 12b:</b>                             | Berufsgruppen, Geschlechterverteilung und Altersgruppen<br>in Osnabrück..... | 100 |
| <b>Tabelle 13:</b>                              | Demographische Daten und Opfer-Status.....                                   | 110 |
| <b>Tabelle 14:</b>                              | Geschlechterverteilung betroffene Therapeuten und Stalker.....               | 114 |
| <b>Tabelle 15:</b>                              | Häufigkeit und Dauer der Verhaltensweisen.....                               | 117 |

## Abbildungsverzeichnis

|                     |   |    |
|---------------------|---|----|
| <b>Abbildung 1:</b> | § 238 StGB - „Nachstellungsgesetz“ .....                    | 10 |
| <b>Abbildung 2:</b> | Auszug aus dem „Tagesanzeiger Zürich“ .....                 | 71 |
| <b>Abbildung 3:</b> | Anti-Stalking-Strategien nach Pathé, Mullen & Purcell ..... | 84 |

### Ergebnisse der praktischen Untersuchung:

|                       |   |     |
|-----------------------|---|-----|
| <b>Abbildung 4:</b>   | Ergriffene Sicherheitsmaßnahmen .....                                       | 102 |
| <b>Abbildung 5:</b>   | Stalking-Verhaltensweisen .....   | 106 |
| <b>Abbildung 6:</b>   | Kriminelle Verhaltensweisen .....   | 107 |
| <b>Abbildung 7:</b>   | Diagnosen der Täter .....   | 113 |
| <b>Abbildung 8a:</b>  | Stalking-Verhaltensweisen und Geschlecht des Täters .....                   | 115 |
| <b>Abbildung 8b:</b>  | Kriminelle Verhaltensweisen und Geschlecht des Täters .....                 | 115 |
| <b>Abbildung 8c:</b>  | Bedrohungen und Übergriffe und Geschlecht des Täters .....                  | 116 |
| <b>Abbildung 9:</b>   | Vermutete Motive für Grenzüberschreitungen .....                            | 119 |
| <b>Abbildung 10:</b>  | Ausprägung der Symptome einer<br>posttraumatischen Belastungsreaktion ..... | 123 |
| <b>Abbildung 11a:</b> | Ausmaß der ausgelösten Angst bei Therapeuten .....                          | 125 |
| <b>Abbildung 11b:</b> | Ausmaß der ausgelösten Belastung bei Therapeuten .....                      | 125 |
| <b>Abbildung 11c:</b> | Ausprägung Belastungsreaktion bei betroffenen<br>Therapeuten .....          | 126 |
| <b>Abbildung 12:</b>  | Umgang mit den Ereignissen .....  | 127 |
| <b>Abbildung 13:</b>  | Reaktionen von Dritten .....  | 128 |
| <b>Abbildung 14:</b>  | Sicherheitsmaßnahmen nach Vorfällen .....                                   | 130 |



---

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Diplomarbeit wird das noch relativ unbekanntes Phänomen „Psychotherapeuten als Opfer von Stalking“ näher betrachtet. Weltweit gibt es hierzu bisher erst wenige Untersuchungen, deren Ergebnisse im ersten Teil dieser Arbeit ausführlich beschrieben werden.

Es ist zwar nicht üblich, dass Patienten auf eine Art und Weise Grenzen überschreiten, die Stalking gleich käme. Dennoch sind Psychotherapeuten prädestiniert für die Rolle des Stalking-Opfers, da sie allein von Berufs wegen einige Eigenschaften wie Freundlichkeit und Warmherzigkeit mitbringen, die als begünstigende Faktoren gelten. So werden sie für einige Patienten, die sozial eher isoliert leben und damit ein Merkmal erfüllen, das auch bei vielen Stalkern gefunden wurde, schnell zu wichtigen Bezugspersonen; es kann auch vorkommen, dass die Zugewandtheit eines Therapeuten als über das berufliche Maß hinausgehendes Interesse missverstanden wird und zu hartnäckigen Kontaktversuchen anregt. Außerdem können Psychotherapeuten aufgrund ihrer gutachterlichen Einschätzungen und Empfehlungen einen gravierenden Einfluss auf das Leben eines Menschen haben, was u. U. zu Spannungen und Aggressionen führt.

Es ist also durchaus nicht überraschend, wenn sich einige Patienten grenzüberschreitend verhalten; im Gegenteil, es wird weit verbreitet sozusagen als Berufsrisiko von Psychotherapeuten akzeptiert. Es gibt allerdings keine Regelungen oder objektiven Vorgaben, die beschreiben, wie weit solche Grenzüberschreitungen gehen dürfen; dies muss jeder Therapeut bis zu einem gewissen Grad für sich selbst entscheiden. Problematisch wird es aber, wenn Therapeuten sich dazu verpflichtet fühlen, trotz eigener Angst vor Übergriffen und psychischer Belastung über ein gewisses Maß hinaus tolerant zu sein, weil ihr Beruf dies scheinbar erfordert oder sie vor Kollegen als hysterisch und inkompetent bzw. vor Patienten als überreagierend gelten könnten. Im schlimmsten Fall bringen sie sich dadurch selber in Gefahr oder sind vielleicht aufgrund von psychischer Belastung irgendwann einmal nicht mehr in der Lage, ihren Beruf auszuüben. Auch befürchten viele Therapeuten, mit ihren Schilderungen nicht ernst genommen zu werden und keine Hilfe zu bekommen.

---

Es wird angenommen, dass es eine hohe Dunkelziffer belästigter Psychotherapeuten gibt, die - aufgrund der oben erwähnten Aspekte - nicht in der Lage sind, sich gegen stalkende Patienten zur Wehr zu setzen und unter der psychischen Belastung leiden, die diese Situation mit sich bringt. Das tatsächliche Ausmaß von Stalking ist, wie viele andere kriminelle Vergehen ebenfalls, nur feststellbar, wenn die Opfer davon berichten. Zwar scheinen, nach den Ergebnissen der Untersuchungen in anderen Teilen der Welt, extreme und schwer kontrollierbare Formen nur selten vorzukommen, dennoch wäre es in Anbetracht der Tatsache, dass Psychotherapeuten als Risikogruppe gelten, sinnvoll, einen genaueren Überblick über Auftretenshäufigkeit und -formen zu haben. Da es hierzu bisher in Deutschland noch keine Untersuchung gab, wurde im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit eine Befragung von Psychiatern, psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, um die es im zweiten Teil der Arbeit geht. Um die Ergebnisse möglichst mit denen der internationalen Studien vergleichen zu können, wurde ein spezieller Fragebogen mit verschiedenen wesentlichen Fragen zusammengestellt. Der wissenschaftlich (noch) nicht abschließend und klar definierte Begriff „Stalking“ als Untersuchungsgegenstand wurde darin nicht explizit erwähnt, um Verwirrung und Vorurteile zu vermeiden, die durch ihn entstehen könnten. Stattdessen wurden lediglich entsprechende Verhaltensweisen abgefragt. Um möglichst viele Therapeuten zu einer Teilnahme zu bewegen, gab es die Möglichkeit, anonym zu antworten.

Von den 60 teilgenommen habenden Psychotherapeuten berichteten etwa 3/4 von grenzüberschreitenden Verhaltensweisen ihrer Patienten bzw. dritten Personen, die mit Patienten in Verbindung standen. Hauptsächlich ging es dabei um unerwünschte Anrufe, Briefe, Annäherungsversuche, über den Therapeuten verbreitete Gerüchte und Unwahrheiten sowie verbale Bedrohungen. In den meisten Fällen handelte es sich allerdings um einmalige Ereignisse oder kurzzeitige Episoden von etwa 1 Woche; nur 5 Therapeuten waren länger als 4 Wochen und häufiger als 10 Mal von Grenzüberschreitungen betroffen, was die Kriterien der strengsten Stalking-Definition aus der entsprechenden Untersuchung von Galeazzi et al. (2005) erfüllen würde. Damit waren die hiesigen Therapeuten deutlich weniger betroffen als die in anderen Teilen der Welt, was aber womöglich auf Eigenschaften der befragten Stichprobe - ausschließlich Psychotherapeuten, die in Praxen arbeiten - und ihrer Klientel zurückzuführen ist.

---

Als häufigste Motive für diese Grenzüberschreitungen vermuteten die betroffenen Therapeuten Rache bzw. Wut und das Bedürfnis nach Nähe und Kontakt.

Allgemein herrscht unter den Psychotherapeuten relativ wenig Besorgnis um ihre eigene Sicherheit, und die psychischen Auswirkungen der Erlebnisse stellten sich als nicht so gravierend wie erwartet heraus. Etwa 69 % der Therapeuten gaben an, dass sie nach den Ereignissen gar keine oder nur geringfügige Angst hatten; etwa 51 % fühlten sich gar nicht oder nur geringfügig belastet. Bei 3 Psychotherapeutinnen, die über mehrere Wochen bzw. Monate wiederholt betroffen waren, fanden sich allerdings mittelmäßig bzw. stark ausgeprägte Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Wie sich herausstellte, war das erhöhte Risiko, Stalking-Opfer zu werden, bereits mehr als einem Drittel der Therapeuten bekannt. Dennoch besteht den Teilnehmern zufolge weiterer Informationsbedarf, der nach Meinung fast aller Therapeuten am besten direkt im Rahmen der Psychotherapieausbildung hätte vermittelt werden können bzw. sollen.

Die hier gewonnenen Erkenntnisse sollten aufgrund der relativ geringen Anzahl der befragten Therapeuten sowie Eingrenzung ihrer Klientel auf ambulant durchführbare Therapie und den zum Teil unvollständigen Angaben im Fragebogen nicht ohne Weiteres auf Psychotherapeuten in Deutschland verallgemeinert werden. Das Ziel dieser Arbeit war allerdings ohnehin nicht die umfassende Sammlung von Daten - was im Rahmen einer Diplomarbeit auch nicht möglich gewesen wäre - sondern die Problematik von Stalking bei Therapeuten etwas mehr in den Vordergrund zu rücken und genauer zu betrachten. Dazu war eine eigene Datenerhebung in diesem kleinen Rahmen sinnvoll, um einen groben Überblick zu bekommen; um sich ein genaueres Bild der Lage von Betroffenen in Deutschland machen zu können, sollten Untersuchungen mit einer größeren Teilnehmerzahl und einem weiterentwickelten Fragebogen folgen.

## I. Einleitung

*„Dear Dr. Orion,  
I was surprised, flattered, by your interest,  
since I know you and Dr. J. are an item.  
Hope we can pursue, but if you don't respond, I'll understand.“*

So lautete ein Brief, den die Psychiaterin Dr. Doreen Orion erhielt. Absenderin war Fran Nightingale, eine 38jährige Frau, die bis zum Vortag in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses 2 Wochen lang behandelt worden war.

Dr. Orion schenkte dem Brief keine besondere Beachtung. Warum sollte sie auch? Zwar war sie verwundert darüber, dass ihre Patientin sie als „interessiert“ wahrgenommen hatte, in einer offenbar über professionelles Interesse hinausgehenden Art und Weise. Auch fragte sie sich, woher Fran Nightingale von ihrer Beziehung zu einem anderen Arzt wusste. Aber schließlich enthielt der Brief weder eine Drohung noch eine Frage oder eine Aufforderung, der sie zwingend nachkommen musste. Im Gegenteil: es hieß ja, wenn sie nicht reagierte, würde ihre ehemalige Patientin akzeptieren, dass es keinen weiteren Kontakt geben wird. Damit könnte man auch das Missverständnis in Bezug auf das Interesse auf sich beruhen lassen.

Alles in allem ein Brief, den man getrost ignorieren kann, was Dr. Orion dann auch tat. Wie hätte sie zu dem Zeitpunkt auch ahnen können, dass das nur der erste Brief war - der Erste von Hunderten. Der Auftakt zu einer mehrjährigen Flut von Nachrichten und Anrufen, täglicher Beobachtung, Verfolgung und Kontrolle. Die damit verbundene Angst, Wut und Hilflosigkeit - weder Ignorieren noch Bitten noch einstweilige Verfügungen, nicht einmal ein Umzug in einen anderen Staat konnten die ehemalige Patientin davon abbringen, sich der Psychiaterin zu nähern - veranlassten Dr. Orion letztlich dazu, ihre Erfahrungen in einem Buch festzuhalten: „I know you really love me“. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Buches (1997) dauerte das Stalking bereits 8 Jahre.

---

Doreen Orion kam in diese Situation, weil sie in ihrer Eigenschaft als Psychiaterin zur falschen Zeit am falschen Ort war. Sie war hilfsbereit, sie war freundlich, sie war aufmerksam - wie professionelle Helfer nun einmal sind. Das allein reichte aus, um ihr Leben für einige Jahre von einer Stalkerin beeinflussen lassen zu müssen.

Auch wenn es im Fall von Doreen Orion nicht zu gravierenderen Vorkommnissen als der Verfolgung und hohen Anzahl an Nachrichten kam, ist ein glimpflicher Ausgang keineswegs die Regel. In einem von Lion und Herschler (1998) beschriebenen Fall unterrichtete ein 20jähriger Patient Kollegen seiner Psychiaterin über einen angeblichen sexuellen Missbrauch durch sie. Als er auch noch drohte, nicht nur ihr, sondern ebenso ihrem 3jährigen Sohn etwas anzutun und die Rechtsabteilung der Klinik, in der sie arbeitete, ihr jegliche Unterstützung verweigerte, wusste sich die Psychiaterin nicht mehr anders zu helfen als ihre Praxis aufzugeben und an einen anderen Ort zu ziehen (Case Example 4, S. 168).

In einem weiteren Fall wurde zunächst mehrfach die Post einer Psychiaterin gestohlen und dann in die Praxis eingebrochen. Es folgten „Geschenke“ in Form von teilweise seziierten toten Eichhörnchen vor der Praxistür und ein Einbruch in ihr eigenes Haus. Verschiedene Nachbarn fanden ihre Autoreifen zerschnitten vor, und schließlich wurde im Keller der Praxis ein Brand gelegt. Nachdem Detektive angeheuert und Überwachungskameras installiert worden waren, folgten keine Vorfälle dieses Ausmaßes mehr. Zwar verdächtigte die Psychiaterin eine Patientin, dieser konnte aber nichts nachgewiesen werden (Case Example 6, S. 169).

Ein anderer Psychiater wurde abends auf einem Parkplatz von einem unbekanntem Mann verprügelt, nachdem er sich geweigert hatte, mit einer Patientin eine von ihr gewünschte Beziehung einzugehen. Ein Sprengsatz in seiner Garage konnte zwar gefunden werden, bevor er explodierte; da die Polizei aber auch hier der Patientin nichts nachweisen konnte, sah der Psychiater sich gezwungen, aus Sicherheitsgründen mit seiner Familie die Stadt zu verlassen (Case Example 7, S. 170; alle Fälle aus Lion & Herschler, 1998).

---

Die meisten Therapeuten\* haben sich wohl für diesen Beruf entschieden aus dem Wunsch heraus, anderen zu helfen und/oder mit dem Ziel, menschliches Verhalten besser zu verstehen. Es ist nicht überraschend - sogar unvermeidbar - in diesem Arbeitsumfeld auf Patienten zu stoßen, die ungewöhnlich aufdringlich und eigentümlich sind, provozieren und deren Denk- und Handlungsweisen unter Umständen schwer nachzuvollziehen sind.

Aber wie weit darf das „schwierige“ Verhalten gehen? Was darf ein Patient vom Therapeuten verlangen? Wie oft darf er anrufen? Darf er drohen? Darf er falsche Anschuldigungen machen? Darf er auch auf dem privaten Grundstück anwesend sein? Darf er Kontakt haben zu Familienmitgliedern und Freunden des Therapeuten?

Dies alles sind Fragen, die wohl jeder Therapeut für sich selbst beantworten sollte - falls er überhaupt jemals in die Situation kommt, sie sich stellen zu müssen. Es gibt hierzu keine Regelungen und keine objektiven Grenzen, an denen man sich orientieren könnte. Solange sich keine Partei bedrängt fühlt, sind keine Grenzen überschritten. Es ist also u. a. eine Frage der persönlichen Toleranz, ob man sich als Stalking-Opfer sieht und dagegen vorgehen möchte oder nicht.

Problematisch wird es aber, wenn Therapeuten sich dazu verpflichtet fühlen, über ein gewisses Maß hinaus tolerant zu sein, weil ihr Beruf dies scheinbar erfordert. Wenn sie sich zwar bedroht oder belästigt fühlen, aber nichts an der Situation ändern oder sich Unterstützung holen, weil sie befürchten, vor Patienten und Kollegen als hysterisch zu gelten. Wenn sie Übergriffe seitens der Patienten verschweigen und sich durch die weitere Therapie quälen aus Angst, dadurch inkompetent zu wirken. Wenn sie sich schließlich dadurch selber in Gefahr bringen oder nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf auszuüben, und natürlich wenn sie tatsächlich um Hilfe bitten und damit nicht ernst genommen werden.

---

\* Im folgenden Text werden zur Abkürzung Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater unter dem Begriff „Therapeuten“ zusammengefasst)

---

Zwar ist es nicht üblich, dass Patienten Grenzen in den oben beschriebenen Ausmaßen überschreiten; so ist auch erklärbar, dass das Phänomen Therapeuten als Stalking-Opfer in Deutschland noch weitgehend unbeachtet geblieben ist. Dennoch bringen Therapeuten von Berufs wegen einige typische Opfereigenschaften mit und sind dadurch prädestiniert dafür, Stalking-Opfer zu werden.

Auch haben sie täglich mit Menschen zu tun, die aufgrund ihrer klinischen Befunde und ihrer Lebensumstände in vielen Punkten „typischen Stalkern“ ähneln. Es wird angenommen, dass es eine hohe Dunkelziffer belästigter Therapeuten gibt, die - aufgrund der oben erwähnten Aspekte - nicht in der Lage sind, sich gegen stalkende Patienten zur Wehr zu setzen und unter der psychischen Belastung leiden, die diese Situation mit sich bringt.

In anderen Teilen der Welt - insbesondere Australien und den USA - wurde diese riskante Kombination aus typischen Opfer- und Stalkereigenschaften bereits erkannt und genauer betrachtet. In Europa dagegen scheint dieses Phänomen noch relativ unbeachtet zu sein; Befragungen bzw. Veröffentlichungen hierzu haben bisher nur in Italien, England und Österreich stattgefunden. Auch scheint nur vereinzelt Therapeuten ihr erhöhtes Risiko, Stalking-Opfer zu werden, bekannt zu sein.

Diese Arbeit soll daher einen kleinen Beitrag dazu leisten, diese Problematik mehr in den Vordergrund zu rücken. Eine vermehrte Aufklärung über besondere Risiken, Prävention, angemessene Reaktionen und Hilfsangebote könnte die entsprechenden Therapeuten aus ihrer Befangenheit lösen, ihnen Unterstützung bieten und so jeglicher Eskalation sowie psychisch belastenden Folgen für das Opfer vorbeugen. Manche Stalking-Verhaltensweisen sind hauptsächlich lästig und unerfreulich, aber nicht weiter bedeutend; andere können so gravierende Auswirkungen haben, dass die Karriere eines Kliniklers zwangsläufig beendet ist (vgl. Pathé, Mullen & Purcell, 2002). Durch falsche Reaktionen unwissender Therapeuten kann Stalkingverhalten unabsichtlich sehr leicht verstärkt und die Situation dadurch verschlimmert werden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen in anderen Ländern werden auf den nächsten Seiten ausführlich dargestellt. Desweiteren wird auf die Besonderheiten im beruflichen Kontext eingegangen: was kennzeichnet eine therapeutische Beziehung, was macht einen Therapeuten zum geeigneten Opfer und welche Patienten (oder sonstigen Personen) reagieren auf diese Eigenschaften mit grenzüberschreitendem Verhalten durch Stalking? Was treibt diese Personen dazu an, und wie wirkt es sich aus? Wie kann man dagegen vorgehen oder die Möglichkeiten verringern, dass es überhaupt dazu kommt?

Zunächst aber sollen im Folgenden allgemeine Aspekte des Phänomens Stalking beschrieben werden, bevor die Eingrenzung auf die Kombination Therapeut als Opfer und Patient oder andere Person als Stalker erfolgt.



---

## THEORETISCHER HINTERGRUND

### II. Stalking (Überblick über allgemeine Aspekte)

#### 1. Definitionsproblem

Der Begriff „Stalking“ wurde aus dem Amerikanischen übernommen, wo er in den 90er Jahren erstmals zur Kennzeichnung des Phänomens verwendet wurde. Bis heute gibt es allerdings keine einheitliche Definition, was genau darunter zu verstehen ist. Weltweit unterscheiden sich die von Forschern, Klinikern und Juristen angebotenen Erklärungen in der Beschreibung der Verhaltensweisen, deren Häufigkeit und den Absichten eines Stalkers.

Womöglich wird es aufgrund kultureller Unterschiede und der jeweils eingenommenen Perspektive des Definierenden - juristisch, psychiatrisch, Sichtweise eines Opfers, Verwendung der Definition - niemals möglich sein, eine endgültige, allseits akzeptierte Definition festzulegen. Die ungenaueste und damit gleichzeitig wohl zutreffendste Beschreibung (da sie indirekt den hohen Anteil an subjektivem Empfinden berücksichtigt) lieferten Boon & Sheridan, indem sie das Stalking-Phänomen mit den Werken von großen Künstlern verglichen: man kann nicht genau sagen, was es ausmacht, aber man erkennt es, wenn man es sieht (aus dem Englischen übersetzt, aus Boon, J. & Sheridan, L. (2002), Vorwort, S. xxii).

Beim Stalking handelt es sich um ein sehr komplexes menschliches Verhaltensmuster, das aus einer Vielzahl von Handlungen bestehen kann, mit dem Ziel, zu einer bestimmten Person Kontakt zu haben. Als Beweggründe eines Stalkers kommen mehrere in Frage, ebenso wie verschiedene Arten seiner Beziehung zur jeweiligen Opferperson.

Der Begriff „Stalking“ stammt ursprünglich aus der Jagdsprache und bedeutet **heranschleichen, heimlich verfolgen**, auf die **Pirsch** gehen.