

Vortrag in Düsseldorf 22.8.01

Die Täterseite: Präventionsrelevante Erkenntnisse über Persönlichkeitsstrukturen und Täterstrategien, Präventionsprogramme und Behandlung

1. Begriffliche Klärungen zum Präventionsbegriff: Zum Unterschied zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention

Es gibt eine recht bekannte und wichtige Unterscheidung in drei Präventionskonzepte (Caplan 1964). Hier wird die **primäre** Prävention dadurch gekennzeichnet, dass mit ihrer Hilfe die Inzidenzrate, d.h. überhaupt das Auftreten sexuellen Missbrauchs in der Bevölkerung verhindert bzw. verringert werden soll. Es bestünde hier der Anspruch, vor dem Auftreten ersten Täterverhaltens durch Interventionen beim potentiellen Täter sexuelle Übergriffe zu verhindern. **Sekundäre** Prävention befasst sich dagegen mit Maßnahmen zur Aufdeckung und frühzeitigen psychosozialen Unterstützung der Opfer von sexuellem Missbrauch. Auf die Täter bezogen würde dieses bedeuten, dass Täter frühzeitig identifiziert werden müssten und es im Idealfall bei einem Übergriff bliebe. **Tertiäre** Prävention würde übertragen auf sexuellen Missbrauch bedeuten, die Folgen und negativen Beeinträchtigungen für die betreffenden und deren Angehörige möglichst gering zu halten. (Adäquate Nachsorge und Verminderung von Sekundärschäden)

Präventives Handeln basiert auf bedingten Prognosen: Unter der Voraussetzung, dass eine bestimmte Annahme z.B. über die Entstehung von sexuellem Missbrauch zutrifft, sollen bestimmte Interventionen auf der Ebene von Individuen oder Systemen dazu führen, dass die oben geschilderten Folgen eines Missbrauchs oder die Häufigkeit von Missbrauch selber verringert werden kann. Treffen die Grundannahmen, die Bedingungen der Prognose nicht zu, dann gehen die Maßnahmen ins Leere.

2. Theoretische Konzepte zur Begründung präventiven Handelns

Um Ansatzpunkte für die Entwicklung bedingter Prognosen zu finden wurden Begriffe entwickelt, die im folgenden näher erläutert werden sollen: (nach Becker, P. p. 363)

Risikogruppe: „Unter Risikogruppen werden solche Gruppen von Individuen verstanden, bei denen aufgrund bestimmter genetischer oder konstitutioneller Merkmale oder aufgrund vergangener oder aktueller ungünstiger psychosozialer Lebensbedingungen von längerer Dauer oder wegen erster Symptombildungen mit einem erhöhten psychischen Erkrankungsrisiko gerechnet werden muss (Becker, p. 363).“ Übertragen auf unsere Fragestellung bedeutet dies, dass Personen identifiziert werden müssten, die aufgrund bestimmter Konstellationen in der Lebensgeschichte eher zu Tätern werden können als andere.

Gibt es bestimmte Tätertypen, die ein erhöhtes Risiko z.B. durch das Vorliegen einer bestimmten sexuellen Orientierung aufweisen? Bilden diese eine Risikogruppe? Diese Frage kann nur in Zusammenhang mit bekannten Tätern gestellt werden.

Krise: Gibt es spezifische Krisen, die zur Entwicklung von Täterverhalten beitragen können? Eine genauere Betrachtung verschiedener Krisenbegriffe kommt zu dem Ergebnis, „ dass Krisen so weit verbreitet und häufig sind“, und dass sie so stark subjektiven Bewertungen unterliegen, dass sie als Grundlage für eine Prognose nicht taugen. Es könnte aber überlegt werden, ob es bestimmte Tätertypen gibt, die eher krisenanfällig sein könnten. Dies wäre dann allerdings keine primäre Prävention mehr, Interventionen könnten sich also nur an gut bekannte Täter richten.

Verhaltensdefizit: Gibt es spezielle Verhaltensdefizite, die bestimmte Personengruppen aufweisen und die zu Täterverhalten führen können?

Gestörte Familie: Hier wäre die Frage zu stellen, ob bestimmte Familiensysteme eher Täterverhalten ermöglichen oder gar erzeugen. Aber auch: sind bestimmte Familiensysteme nicht auch Ausdruck von sexuellen Übergriffen? Erlaubt ein Familiensystem, in dem beispielsweise wenig persönliche Grenzen definiert sind Interventionen zur Prävention sexueller Übergriffe? Ich denke, dass dies im Einzelfall sein kann, dass aber auch hier die Regel darin bestehen wird, erst bei Systemen anzusetzen, die bereits durch sexuelle Übergriffe aufgefallen sind.

Gestörte Sozialkontakte: Diesem Konzept liegt zugrunde, dass nicht zufriedenstellende Sozialkontakte zu psychischer Auffälligkeit führen kann. Gilt dies auch für Täterverhalten?

Um im Einzelnen die vorgestellten Konzepte und Begriffe auf Täterverhalten, Täterttypen und Täterstrategien beziehen zu können, möchte ich Ihnen nun zuerst verschiedene Möglichkeiten der Klassifikation von Täterverhalten bzw. der Kategorisierung von Tätern vorstellen.

3. Der 1. Schritt zur Klassifikation

NICHOLS & MOLINDER (1977) definieren in ihrer Begründung zum „Multiphasic sex Inventory“, einem inzwischen auch in deutsch erschienenen und bald in einer Jugendlichenversion erscheinenden Fassung eines Fragebogens für Sexualstraftäter folgendes Schema zur Klassifikation von Sexualverhalten:

1. Sexualverhalten, für welches ein juristisches, gesellschaftliches und klinisches Interesse besteht, wird als **sexuelle Devianz** definiert. Sie unterscheiden vier Kategorien: 1. sexueller Missbrauch an Kindern, 2. Vergewaltigung, 3. Exhibitionismus, 4. Lustmord.

2. Sexualverhalten, für welches primär gesellschaftliches und klinisches Interesse besteht, welches möglicherweise aber keine juristischen Fragen aufwirft: 1. Voyeurismus, 2. obszöne Telefonanrufe, 3. Fesselung und

Züchtigung, 4. Sado Masochismus, 5. Transvestitismus und 6. Transsexualität.

3. Sexualverhalten, für welches gesellschaftliches Interesse besteht, für welches z. Zt. nur selten juristisches und nur dann klinisches Interesse besteht, wenn die Betroffenen darunter leiden. Dies gilt z. B. für Homosexualität oder sexuelle Dysfunktionen.

Relevant für das heutige Thema ist nach meiner Einschätzung der Begriff der sexuellen Devianz.

Eine geläufige Klassifikation von Tätertypen -nicht von Sexualverhalten- stammt von GROTH (). Er unterscheidet im Bereich der pädophilen Tätertypen 1. **pädophil fixierte** Täter, 2. **regressiv-pädophile** Täter und 3. **pädophile** Täter mit sozialer Inkompetenz.

Zur Erläuterung: Unter dem 1. Tätertyp wird gemeinhin der pädophil-fixierte Täter im engeren Sinne verstanden. Diese Täter empfinden maximale sexuelle Erregung nur durch die Stimulation mit einem bestimmten kindlichen Opfertyp in einer bestimmten Altersstufe.

Die unter 2. erwähnten Täter greifen auf kindliche Opfer zurück, um meist abwertende oder kränkende emotionale Erfahrungen durch kompensatorische sexuelle Handlungen an Kindern an diese Weiterzugeben und um sich selbst damit emotionale Erfahrungen von Stärke und Größe zu verschaffen. Sie empfinden nicht in erster Linie sexuelle Erregung in Bezug auf Kinder, sondern andere (eben beschriebene) emotionale Erfahrungen werden gesucht und stehen im Vordergrund. Im dritten Fall handelt es sich um Täter, die sich aufgrund starker Einschränkungen im Sozialverhalten oder anderer Defizite (z.B. im Bereich der Intelligenz) nicht in der Lage sehen, Kontakte zu gleichaltrigen oder gleichwertigen Menschen aufzunehmen. Hier haben jüngere und schwächere Menschen die Funktion, Ersatz zu schaffen für Beziehungen, die den Tätern verwehrt bleiben. Oft gründen diese Verhaltensweisen auf der Erfahrung, dass der gewählte Opferpersonenkreis in seinen sozialen Kompetenzen denen des Täters entspricht. Ich möchte nicht

verschweigen, dass es zusätzlich natürlich noch eine ganze Reihe weiterer Klassifikationsmöglichkeiten gibt, die ich ihnen aber hier ersparen möchte. Ich halte die Ihnen vorgestellte für eine ganz praktikable und verwende sie auch selbst in meiner Arbeit.

4. Ein 2. Schritt zur Klassifikation von Tätern: erwachsene oder jugendliche Täter

Zunächst eine banale Aussage, die jedoch oft noch immer nicht ernst genommen wird:

Auch Zwerge haben klein angefangen: oder: ein Ansatz von primärer Prävention könnte sein, möglichst bereits Jugendliche, die entsprechend den oben erwähnten Begriffen eingeordnet werden könnten oder jugendliche Täter einer geeigneten Intervention zuzuführen um die Entwicklung von Täterverhalten (primäre Prävention) oder weitere, in der Zukunft liegende Übergriffe zu verhindern.(sekundäre Prävention) Hierzu ein weiterer **Exkurs** mit folgenden Untersuchungen/Statistiken:

Polizeistatistik BRD 1996: Anteil bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung insgesamt 9,1 % für unter 18 jährige; 95% sind männlich.

Andere Studien belegen, dass über 50 % der des Kindesmissbrauchs überführten Erwachsenen bei Beginn dieses Verhaltens unter 18 Jahre alt waren, die meisten zwischen 14-16 Jahre alt.

Gemessen an der Populationsgröße ist der Anteil der unter 18 jährigen und der 18 - 21 jährigen an den Tatverdächtigen höher als der der über 21 jährigen.

Prävention würde somit sinnvollerweise bedeuten, dass Interventionen bereits im Jugendlichenalter einsetzen müssen. Werden Jugendliche als Täter auffällig, dann sollte dies ernst genommen werden und entsprechende ambulante oder stationäre Angebote sollten zum Einsatz gelangen.

5. Möglichkeiten der primären Prävention

Um primäre Prävention betreiben zu können, müssten Konzepte entwickelt werden, die mögliche Täter identifizieren könnten, bevor sie Täter geworden sind.

Dies ist nur in Ansätzen denkbar: So ist z.B. überlegen, ob bei bestimmten Konstellationen eigene Opfererfahrungen zu Täterverhalten prädestinieren können. Interventionen würden dann aber voraussetzen, dass Jungen oder Männer mit Opfererfahrungen bekannt sind. Männliche Opfer von sexuellem Missbrauch wären dann als mögliche **Risikogruppe (s.o.)** einzuschätzen.

Es wäre dann in einem zweiten Schritt zu überlegen, welche Form der Intervention sinnvoll wäre. Vorher jedoch einige Anmerkungen zum Zusammenhang zwischen Opfererfahrungen und Täterschaft, die dieses oft zitierte Verhältnis eingehender beleuchten.

Exkurs: Opfererfahrungen und eigene Täterschaft

In der Literatur wird häufig auf einen Zusammenhang zwischen Opfererfahrungen und der Entwicklung von Täterverhalten bei ein und derselben Person verwiesen. Diese Hypothese möchte ich Ihnen gerne im Vorab etwas näher erläutern.

Hierzu ist zunächst grundsätzlich und pauschal zu sagen, dass es männliche Missbrauchsoffer gibt, die später zu Tätern werden. Die Zahlen hierzu schwanken bei ausgelesenen Stichproben, das heißt bei Stichproben, die nur aus Sexualstraftätern bestehen, zwischen 100% und 18% (BUNDSCHUH; S. 115)

Es ist also keinesfalls so, dass aus jedem Opfer ein Täter wird. Dieser Zusammenhang bedarf einer genaueren, differenzierteren Betrachtungsweise:

BUNDSCHUH (2001) beschäftigt sich deshalb zu Recht mit der Fragestellung, welche Folgeprobleme sich für männliche Opfer (fast immer sind die Täter männlich) sexueller Gewalt ergeben: Sie verweist zu Recht auf die gesellschaftliche Erwartung, auch schon an jugendliche Männer,

dass sie "ganz einfach nicht Opfer eines Missbrauchs zu sein haben" und wenn "es passiert ist, wenigstens wie ein Mann mit dieser Erfahrung umgehen". Das Erleben sexueller Gewalt vermittelt diesen Jungen, und diese sind fast ausschließlich davon betroffen, Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Unterlegenheit. Hinzu kommt bei einem Übergriff eines männlichen Täters die Angst vor der Entwicklung homosexueller Verhaltensweisen (beim Opfer) oder einer direkten Stigmatisierung als homosexuell.

(Folie 4 mit gesellschaftlichen Erwartungen)

Van den Broek (1993) und Lew (1993) unterscheiden drei mögliche Varianten der Verarbeitung von Opfererfahrungen:

1. Übernahme einer aktiven Rolle, der **Täterrolle**: Hier wird subjektiv beim Opfer Missbrauch mit Machtausübung gleichgesetzt und eine Kompensation der beschriebenen Gefühle von Hilflosigkeit, Unterlegensein und Ohnmacht durch Verhaltensweisen versucht, die andere zu Opfern machen.
2. Übernahme einer passiven Rolle, einer **Opferrolle**: "Die Empathie gegenüber dem Empfinden und Leiden eines Opfers liegt hier der Entscheidung zugrunde, niemals andere Menschen in eine ähnliche Lage zu versetzen. Auch hier wird Missbrauch mit Macht gleichgesetzt; die Konsequenzen, die daraus gezogen werden, sind allerdings andere: Machtausübung ist verboten, deshalb wird die Opferrolle beibehalten. Damit verbundene destruktive Gefühle wenden sich gegen die eigene Person.
3. Übernahme der Beschützerrolle: Die Betroffenen versuchen Kindern den Schutz zu gewähren, den sie selber nicht erfahren haben. Die Position des Helfers und Beschützers kann zur einzigen Möglichkeit werden, Nähe zu anderen Menschen herzustellen. (Folie 5)

Also: Nicht jedes Opfer wird zum Täter. Nach Bundschuh wird die Wahl der ersten geschilderten Überlebensstrategie wesentlich größer, wenn im betreffenden Bezugssystem Geschlechterstereotype ungebrochen als Norm vermittelt werden und wenn keine Unterstützung im sozialen Umfeld

für die Verarbeitung der traumatisierenden Erfahrungen geleistet wird. Und nur die erste Strategie erhöht die Chance auf Entwicklung von Täterverhalten bei männlichen Opfern.

Dies bedeutet, dass es grundsätzlich denkbar wäre, eine Risikogruppe „Täter mit eigenen Opfererfahrungen“ zu identifizieren und präventive Strategien zu entwickeln, die das Risiko für die Entwicklung von Täterverhalten reduziert. Diese müssten jedoch bei Kindern oder Jugendlichen, d.h. möglichst früh einsetzen.

Andere mögliche **Risikogruppen**, die mir aufgrund meiner praktisch-klinischen Arbeit relevant erscheinen könnten

1. Jugendliche mit dissozialer Entwicklung sein. Diese Personengruppe ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Verstöße gegen die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Regeln begangen werden. Sie stellt immer einen Teil der jugendlichen Täter, der meines Wissens nicht quantifiziert ist, jedoch in allen Untersuchungen den Teil jugendlicher Täter repräsentiert, der am therapieresistentesten ist. (Würzburger Untersuchung)
2. gibt es Untersuchungen, die ein erhöhtes Risiko für sexuelle Übergriffe bei Jugendlichen mit Gewalterfahrungen nahe legen.

Welche Bedeutung kommt nun den anderen, erwähnten Begriffen im Hinblick auf präventive Handlungen in Bezug auf Täter zu ?

Zum Begriff **Krise** wurde eingangs bereits auf Probleme hingewiesen, die sich aus der Unschärfe des Begriffes Krise ableiten lassen. Trotzdem einige Anmerkungen hierzu: Da natürlich nicht aus jeder Krise ein erhöhtes Risiko für sexuelle Übergriffe abgeleitet werden kann, sind primär präventive Maßnahmen in diesen Zusammenhang nicht denkbar. Es liegt jedoch nahe, den Zusammenhang zwischen krisenhaften Entwicklungen und regressiv-pädophilen Verhaltens genauer zu betrachten. Dies setzt jedoch voraus, dass ein Täter bereits als Täter und zwar als regressiv pädophiler Täter identifiziert und diagnostiziert ist. Dann halte ich es in der Tat für möglich, mit spezifischen Interventionen z.B. den Umgang des Betroffenen mit Krisensituationen so zu verbessern, dass sexuelle Übergriffe unwahrscheinlicher werden. Dies gehört jedoch dann

bereits in den Bereich der Behandlungsmöglichkeiten, auf die ich später noch eingehen werde.

Auch die anderen, eingangs erwähnten Begriffe sind eher unspezifisch und eignen sich nicht für die Begründung primär präventiver Maßnahmen. D.h., Interventionen, die hierauf aufbauen würden, wären ihrerseits sehr unspezifisch und nicht zielsicher einsetzbar, sondern würden zum größten Teil auf Personen treffen, die sowieso nie sexuelle Übergriffe begehen werden.

6. Sekundäre und tertiäre Prävention

Sekundär präventive Maßnahmen, oder Behandlung, wie ich es eben definiert habe, sind jedoch durchaus denkbar. Unter der Voraussetzung, dass Täter bereits in Erscheinung getreten sind könnte z.B. eine gründliche Diagnostik für Personen mit entsprechenden Defiziten im Sozialverhalten durchaus Interventionsprogramme, d.h. Behandlung mit diesem Schwerpunkt, anbieten. Und natürlich wäre es denkbar, dass in Familiensystemen, in denen wenig an Intimität und Grenzsetzung respektiert wird familientherapeutische Arbeit mit diesem Schwerpunkt sinnvolle Behandlung darstellen würde. Auch dieses wäre jedoch eine sekundär präventive Vorgehensweise. Im folgenden möchte ich deshalb noch näher auf Grundlegendes zum Thema „Behandlung“ eingehen.

6. Behandlung als sekundäre Prävention

Jede therapeutische Arbeit, d.h. jede Behandlung findet in einem bestimmten Kontext statt. Dieser lässt sich - bezogen auf die Arbeit mit Sexualstraftätern - mit Hilfe des Begriffspaares **freiwillig vs. unfreiwillig** beschreiben. Innerhalb dieser Begrifflichkeit lässt sich das gesamte Spektrum der therapeutischen Angebote, die ich hier abhandeln möchte, beschreiben. Diese Begrifflichkeit hängt nun eng eng mit den verschiedenen **Motivationslagen** unterschiedlicher Therapieklienten zusammen. Als Zeitachse zu diesen Begriffen können sie sich das Alter der Klienten vorstellen. Es gibt bereits unter 14 jährige Sexualstraftäter

und es gibt erwachsene Täter im hohen Alter. Für Prävention gilt: je früher interveniert wird, desto größer ist die Chance für die Verhinderung erneuter sexueller Übergriffe. Wenn jugendliche Täter frühzeitig in effektive Therapieangebote gelangen, dann verringert dies die Wahrscheinlichkeit lebenslänglicher Karrieren als Sexualstraftäter und somit die Anzahl potentieller Opfer erheblich. Doch zurück zur Dimension „Freiwilligkeit“:

Konkret: Es gibt therapeutische Angebote, die verlangen den freiwilligen Entschluss, sich den relevanten Themen mit hoher Eigenmotivation zu stellen. Hierunter fallen die therapeutische Arbeit in Beratungsstellen und bei niedergelassenen Therapeuten. In diesem Fall hat niemand außer dem Klienten die Verantwortung für das Aufsuchen des Therapeuten und die Mitarbeit bei der Auseinandersetzung mit den relevanten Themen.

Das andere Extrem stellen gewissermaßen therapeutische Angebote im Bereich der Forensik dar. Hier wird als Eingangsvoraussetzung keinerlei Eigenmotivation verlangt. Die Zuweisung erfolgt unter Zwang und es wird ein gewisser Sicherheitsstandard von den betreuenden Einrichtungen verlangt. In diesem Fall gibt es gesellschaftliche Institutionen, die die fehlende Verantwortungsübernahme beim Klienten durch entsprechende Zwangsmaßnahmen ersetzen. Man könnte jetzt darüber diskutieren, ob Sicherheitsverwahrung ohne Therapie nicht auch eine Art Prävention darstellt, vielleicht kann man dies als tertiäre Prävention auffassen?

Innerhalb der beiden geschilderten Extreme gibt es nun die unterschiedlichsten Angebote, wobei ich mit dieser Formulierung nicht suggerieren möchte, es gäbe viele Angebote. Nach wie vor halte ich das Angebot in diesem Bereich für zu eingeschränkt.

Eine weitere Unterscheidung der Angebote betrifft ihre ambulante oder ihre stationäre Durchführung. Es gibt ambulante Angebote in Beratungsstellen und es gibt stationäre Angebote für diese Zielgruppe in psychiatrischen Krankenhäusern. Bei der Zuordnung zu ambulanten oder stationären Angeboten ist sicherlich relevant, ob während der Therapie weiter mit sexuellen Übergriffen zu rechnen ist. D.h. eine Einschätzung des Risikos erneuter Übergriffe ist notwendig. Hinzukommt die Frage, ob mit ambulanten Angeboten der jeweilige Klient erreichbar ist. Hier spielt

wiederum die Frage der Motivation eine große Rolle: Je geringer die Eigenmotivation ist, desto größer die Chance, dass ambulante Angebote ins Leere laufen. Es gibt einfach zu viele Möglichkeiten, solche Angebote zu boykottieren oder ihnen auszuweichen.

Noch etwas grundsätzliches: Ich bin nicht der Ansicht, dass Therapie gegen den Willen der Klienten möglich ist. Aber: es kann sinnvoll sein, durch Auflagen oder ähnliche Zwangsmaßnahmen den Zugang zu entsprechenden Angeboten überhaupt erst sicherzustellen. Dann ist nach meiner Einschätzung zunächst eine Phase der Zusammenarbeit notwendig, in der der Besucher Gelegenheit erhält, sich zum Kunden zu entwickeln.

Es gibt in der systemischen Therapie eine Unterscheidung in Kliententypen. Da ich diese für recht hilfreich halte möchte ich sie ihn kurz vorstellen. So wird hier unterschieden zwischen drei Klientengruppen: die erste Gruppe wird Besucher genannt.

In die zweite Gruppe werden die Klagenden eingeordnet, und die dritte Gruppe beinhaltet die sogenannten Kunden.

Die Besucher sind dadurch gekennzeichnet, dass sie kein Anliegen haben und keine Veränderungserwartung vorweisen. Es fehlt auch das, was man landläufig mit Leidensdruck beschreibt.

Die Klagenden können folgendermaßen beschrieben werden: es gibt ebenfalls kein Anliegen und keine Veränderungserwartung, jedoch besteht Leidensdruck. Kunden sind charakterisiert durch Anliegen und Veränderungserwartung.

Da nur bei Kunden therapeutische Arbeit für sinnvoll erachtet wird, sollte sich jeder Therapeut zunächst klar darüber werden, ob er es mit Besuchern, Klagenden oder Kunden zu tun hat. Eine therapeutische Arbeit, die dies nicht berücksichtigt, läuft Gefahr, ins Leere zu gehen.

Ich behaupte, dass es sich bei Sexualstraftäter in den meisten Fällen um Besucher handelt. Die erste Aufgabe des Therapeuten bestünde demnach darin, ein therapeutisches Bündnis mit einem Kunden zu etablieren, das heißt, Motivationsarbeit zu leisten. Ich behaupte auch, dass sich die wenigsten Therapeuten dieser Problematik bewusst sind.

6. Behandlungsmethoden

Auf der direkten therapeutischen Ebene halte ich nicht die eingesetzten therapeutischen Methoden für das entscheidende, sondern ich bin der Ansicht, dass die Unterscheidung, die relevant für die Arbeit mit diesem Klientel ist, sich mit den Begriffen Gruppen- vs. Einzeltherapie beschreiben lässt. Arbeit mit Sexualstraftätern darstellt.

Zunächst einige Anmerkungen zum Thema Gruppentherapie: Gruppentherapie stellt vor allem in einer Hinsicht entschieden andere Anforderungen an die Klienten als Einzeltherapie: sie verlangt nämlich Offenheit vor anderen. Allein schon die Teilnahme an einer Gruppe für Sexualstraftäter legt offen, dass es sich bei jedem Anwesenden um einen Sexualstraftäter handelt. Diese Frage muss nicht mehr diskutiert werden. Wer also "Offenheit" in der oben beschriebenen Weise herstellen will, kann dies nicht besser tun, als durch Arbeit in therapeutischen Gruppen.

Gruppentherapie bietet zudem in hervorragender Weise die Möglichkeit, die Gefühle der anderen Gruppenmitglieder, die als Reaktion auf die Äußerung eines Gruppenmitgliedes entstehen, zu nutzen. Soziale Bezogenheit von Verhaltensweisen (d.h. von sexuellen Übergriffen), die sonst geheim und verdeckt ablaufen und deren Reflektion und Offenlegung verboten ist, kann auf diese Weise schnell und effektiv deutlich gemacht werden. Für die anderen Gruppenmitglieder ist in dieser Situation stellvertretendes Lernen möglich. Jeder kann Parallelen zwischen sich und dem Gegenüber ziehen und auf seine Weise verarbeiten. Zudem erlaubt Gruppenarbeit mit einer fortlaufenden Gruppe den Neueinsteigern, zunächst als Besucher an der Gruppe teilzunehmen ohne vom Therapeuten durch das Einnehmen dieser Rolle ungebührlich

viel an Aktivität zu verlangen. In einer fortlaufenden Gruppe kann ein Besucher zum Kunden reifen. Er wird dies recht schnell tun, da ihm die anderen Experten keine Gelegenheit zu den üblichen Bagatellisierungen und Tabuisierungen geben werden.

Zudem ist Gruppenarbeit eine effektive Methode um mit beschränkten menschlichen Ressourcen möglichst ökonomisch umzugehen.

Findet **Gruppentherapie stationär** statt eröffnet sie im Rahmen einer symptomhomogenen Gruppe zudem die Möglichkeit, auch die Interaktionen der Gruppenmitglieder, die im Alltag ablaufen, im Sinne einer **therapeutischen Gemeinschaft** nutzbar zu machen. Das bedeutet kurz gesagt, dass die Prozesse, die im Alltag zwischen den Gruppenmitgliedern ablaufen für den therapeutischen Prozess sinnvoll genutzt werden können, indem z.B. schon länger anwesende Gruppenmitglieder den neueren Mitgliedern Unterstützung zukommen lassen im Hinblick auf den oft nicht vorhandenen Mut zur Offenheit. Es kann aber auch sein, dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig kontrollieren und so Themen öffentlich werden, deren Offenlegung ansonsten wesentlich länger gedauert hätte.

Einzeltherapeutische Arbeit mit Sexualstraftäter ist oft die Methode der Wahl, wenn es darum geht, ein Angebot zu unterbreiten, das, wie z. B. in Justizvollzugsanstalten, die Klienten vor Übergriffen anderer Häftlinge schützen soll. Da es in Justizvollzugsanstalten i. d. R. keine symptomhomogenen Gruppen gibt und somit Gruppenarbeit speziell für Sexualstraftäter sofort dazu führen würde, dass alle anderen Häftlinge wüssten, dass es sich bei den speziellen Häftlingen um Sexualstraftäter

handelt, ist Gruppenarbeit, sofern sie überhaupt stattfindet, oft nur unter einem Decknamen möglich. Ich habe bereits in einer anderen Veröffentlichung darauf hingewiesen, dass Offenheit in Bezug auf das Delikt Voraussetzung für effektive therapeutische Arbeit ist, da nur so auch im Alltag Bagatellisierungen und Tabuisierung durch die Klienten vermieden werden können. Dies ist unbedingt notwendig, da gerade diese Klienten in extremer Weise versuchen, durch die erwähnten Neutralisierungstechniken einer Auseinandersetzung mit ihren Übergriffen aus dem Wege zugehen. Dies lässt sich nur vermeiden, wenn tatsächlich auch im Alltag über das in Frage kommende Sexualdelikt gesprochen werden kann. Eine Therapie, in deren Rahmen sexuell auffällige Verhaltensweisen einmal pro Woche in einer Therapiestunde thematisiert werden, hat es nach meiner Erfahrung schwerer, den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Straftäters und seinen Delikten herzustellen. Die beschriebene und somit auch dringend erforderliche Offenheit in Bezug auf das Sexualdelikt ist jedoch in symptomheterogenen Gruppen kaum herstellbar, da häufig die betroffenen Klienten, wenn sie als Sexualstraftäter bezeichnet werden, in der Institution um ihre körperliche Unversehrtheit fürchten müssen. Stationäre Therapie sollte deshalb in jedem Falle diesem Punkt Rechnung tragen und so organisiert sein, dass symptomhomogene Gruppen bestehen, die die beschriebene Offenheit möglich machen. Geschieht dies nicht, so wirkt sich bereits die Organisation der Therapie kontraproduktiv für einen möglichen Therapieerfolg aus.

Trotzdem ist Einzeltherapie die Methode der Wahl, wenn etwa in einer entsprechenden Einrichtung nicht genügend Sexualstraftäter vorhanden sind, um eine Gruppe zu bilden. Ebenso gibt es natürlich auch Themen, die zu besprechen für einen Sexualstraftäter in einer Gruppe sehr schwierig ist. Es geht die z. B. um die eigenen Opfererfahrungen oder um Fragen der sexuellen Orientierung, deren Eingeständnis oft im einzeltherapeutischen Kontext besser gelingt. In jedem Falle sollte ein einzeltherapeutisch arbeitender Psychotherapeut sehr genau darauf achten, dass Deliktorientierung d.h. das Sprechen über das infragestehende Sexualdelikt nicht zu kurz kommt. Dies kann auch oft die Notwendigkeit eines eher konfrontativen Vorgehens begründen, was manchem Kollegen wenig liegt und sich mit mancher Methode nicht so besonders verträgt. Zudem ist es nach meinem Dafürhalten bedeutsam, dass die Verantwortlichkeit für therapeutische Aktivität so verteilt ist, dass der Klient die Hauptlast trägt, und der Psychotherapeut nicht in die Rolle kommt, diesem Themen präsentieren zu müssen, über die dieser geneigt sein könnte, zu sprechen.

Ich möchte jetzt noch auf eine andere Frage eingehen, die den einen oder anderen von Ihnen bei meinem Vortrag vielleicht schon in den Sinn gekommen ist. Es geht dabei kurz und knapp formuliert darum, wie ein Therapeut, der mit Klienten arbeitet, die sich unter Zwang in Therapie begeben haben, verhalten sollte, wenn er z.B. Anfragen zur Entwicklung des Klienten bekommt, oder wenn er während der Gespräche Informationen über geplante Delikte oder ähnliches erhält, wenn er oder sie also in Konflikte mit seiner Schweigepflicht kommt. Die Frage ist, wie

der Therapeut zum einen das Vertrauensverhältnis zu seinem Klienten aufrechterhält, zum anderen aber nicht zum Mittäter wird. Abgesehen davon, dass dies auch eine juristische Frage ist, möchte ich vor meinem Erfahrungshintergrund dafür plädieren, entsprechende therapeutische Vereinbarungen von vorneherein so abzuschließen, dass der Therapeut in einem solchen Falle kontrollierende Maßnahmen einleiten kann, das heißt, dass entsprechende Informationen an die zuständigen Stellen möglich sind. Der Klient muss wissen, dass der Therapeut oder die Therapeuten hier ohne zu zögern Maßnahmen ergreifen wird, um erneute Übergriffe zu verhindern. Aus meiner Erfahrung mit entsprechenden Situationen im Bereich der Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftäter kann ich Ihnen versichern, dass dies nicht dazu führt, dass mir die Jugendlichen etwa misstrauisch gegenüberzutreten würden. Ich habe vielmehr lernen müssen, dass es durchaus im Sinne der Jugendlichen ist, wenn in einer solchen Situation Straftaten verhindert werden. Es ist nämlich nicht im Interesse der Jugendlichen, erneut inhaftiert zu werden. Gute Beziehungsarbeit, die durch Offenheit, Klarheit und Transparenz geprägt ist, erlaubt den Klienten, sich mit seinen gesunden Anteilen im Sinne des Selbstschutzes mit dem Therapeuten zu verbinden. Er wird es so nicht als Missbrauch der vertrauensvollen Beziehung oder als Verletzung der Schweigepflicht empfinden, wenn ein Therapeut Informationen über geplante sexuelle Übergriffe weitergibt.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Zum Abschluss möchte ich zusammenfassend folgendes sagen:

Primäre Prävention von Täterverhalten kann nach dem bisher ausgeführten nur in sehr unspezifischer Form zum Einsatz kommen.

Maßnahmen, die unter dieser Überschrift subsummiert werden könnten, wären

1. Jede Form von Sexualpädagogik, vor allem im Kinder- und Jugendlichenbereich, die sich mit den sexuellen Bedürfnissen von Jugendlichen auseinandersetzt und diese ernst nimmt. Unter Sexualpädagogik verstehe ich Themen, die über Sexualekunde hinausgehend Themen der Beziehungsgestaltung zwischen Partnern, der Wahrung der persönlichen Intimität u.s.w. umfassen.
2. Therapeutische Arbeit mit Opfern kann im Hinblick auf die Entwicklung von Täterverhalten als primäre Prävention aufgefasst werden. Sie kann helfen, Entwicklungen zu stoppen, die ansonsten mit einem gewissen Risiko behaftet sind.
3. Unspezifisch wirksam aber sinnvoll, da sie nicht schaden sind sicher alle Maßnahmen zur Verbesserung sozialer Kompetenzen von Jugendlichen.
4. Spezifisch wirksam im Sinne sekundärer Prävention ist therapeutische Arbeit mit Jugendlichen (oder altersmäßig so früh wie möglich einsetzend), die weitere Übergriffe stoppt.
5. Unter tertiärer Prävention würde ich die sinnvolle Weiterbetreuung oder Einbindung in Betreuungsprojekte von ehemaligen, „therapierten“ Tätern sehen.

Tabelle „Unterschiedliche Behandlungsangebote für jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter“

	ambulante Angebote	stat. Angebote
eher freiwillig hohe Eigenmotivation	für Jugendliche: für Erwachsene:	
eher unfreiwillig hoher Außendruck	für Jugendliche: für Erwachsene:	

**-Verschiedene Kontextbedingungen/Motivationslagen:
freiwillig/unfreiwillig, ambulant/stationär, verschiedene gesetzliche
Grundlagen.**

7. Schlussfolgerungen und Zusammenfassungen

**z.B. unspezifische sexualpädagogische Interventionen im Bereich
Jugendarbeit/ Jugendhilfe**

In der Folge möchte ich nun das Geschilderte auf die theoretischen Überlegungen beziehen, die ich ihnen eingangs zum Thema Prävention vorgestellt habe.

Tabelle „Unterschiedliche Behandlungsangebote für jugendliche und erwachsene Sexualstraftäter“

	ambulante Angebote	stationäre Angebote
eher freiwillig hohe Eigenmotivation	<u>für Jugendliche:</u> niedergel. Therapeuten spezial. Beratungsstellen <u>für Erwachsene:</u> niedergel. Therapeuten spezial. Beratungsstellen	Kinder/Jugendpsychiatrie spezial. Jugendhilfeeinrichtungen Erwachsenenpsychiatrie
eher unfreiwillig hoher Außendruck	<u>für Jugendliche:</u> Angebote mit juristischem Rahmen z.B. in spez. Beratungsstellen	spezial. Kinder/Jugendpsychiatrie Spez. Jugendhilfeeinrichtungen Jugendhaftanstalten Sozialtherapien forensische Einrichtungen

	<u>für Erwachsene:</u> alle Angebote, die Auflagen voraussetzen;	forensische Kliniken Haftanstalten Sozialtherapien Sicherheitsverwahrung (Haft)
--	--	--

Zur Erläuterung folgendes:

**-Verschiedene Kontextbedingungen/Motivationslagen:
 freiwillig/unfreiwillig, ambulant/stationär, verschiedene gesetzliche
 Grundlagen.**

7. Schlussfolgerungen und Zusammenfassungen

**z.B. unspezifische sexualpädagogische Interventionen im Bereich
 Jugendarbeit/ Jugendhilfe**

In der Folge möchte ich nun das Geschilderte auf die theoretischen Überlegungen beziehen, die ich ihnen eingangs zum Thema Prävention vorgestellt habe.