

Thomas Hartmann

Psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern

Die Behandlung von Sexualstraftätern ist ein in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiertes Thema. Da jedoch auf der Basis der einschlägigen Gesetze Sexualstraftäter psychotherapeutisch betreut werden müssen, in § 9 Abs. 1 Satz 1 Strafvollzugsgesetz de facto eine Therapiepflicht festgelegt wurde, erarbeiten derzeit verschiedene Ausbilder und Ausbilderinnen ein Curriculum zur Weiterbildung von PsychotherapeutInnen zu diesem Thema. Thomas Hartmann stellt anlässlich seines Workshops in Mainz grundsätzliche Überlegungen aus einer klientenzentrierten Perspektive dar. Er berücksichtigt dabei insbesondere historische Aspekte, die kriminologische Daten und Beschreibung des Tätigkeitsfeldes, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Behandlung von Sexualstraftätern und gibt einen Überblick über die psychologische Fachdiskussion. Wir geben diese Überlegungen in leicht gekürzter Form weiter.

I. Vorbemerkungen

Bei der Diskussion um die Sexualstraftäterbehandlung sollte beachtet werden, dass wir juristische und psychologische Begriffe nicht vermengen. Zwar ist das straffällige Verhalten der jeweilige Anknüpfungspunkt, aber mit völlig verschiedenem Erkenntnisinteresse.

Das juristische Interesse fragt nach einem „objektiven Sachverhalt“, den es nach normativen Maßstäben zu be- und ggf. zu verurteilen gilt. Ein psychologisches Interesse besteht nur insoweit, als die Frage aufgeworfen wird: Ist der Angeklagte i. S. der §§ 20–21 StGB schuldunfähig oder gemindert schuldfähig, weil zu Tatzeitpunkt Gründe vorlagen, die ihn unfähig machten das Unrecht seiner Taten einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. (Schuldunfähigkeitsgründe sind: eine krankhafte seelische Störung; eine tief greifenden Bewusstseinsstörung; Schwachsinn; eine schwere andere seelische Abartigkeit)

Umgekehrt bewegt sich jede psychotherapeutische Behandlung zwar in einem normativen Universum, das therapeutische Handeln bestimmt sich jedoch vorrangig von den (impliziten) anthropologischen Annahmen über das Änderungspotential des Menschen. Ziel des psychotherapeutischen Handelns ist es, die Person zu verstehen – und auch das inkriminierte Verhalten wenigstens in Ansätzen nachvollziehen zu können – um dem Klienten zu helfen, zu einem befriedigenderen Leben zu

finden. Linster/Panagiotopoulos haben einen Vorschlag gemacht, wie ethisches Handeln aus einer klientenzentrierten Perspektive definiert werden könnte. Zugleich bieten sie ein Verständnis, wie unethisches Verhalten verstanden werden könnte:

„Ethisches Handeln ist durch die persönlich ausgeführte Handlung in der zwischenmenschlichen Ordnung bestimmt. Ethisches Handeln ist – so der personenzentrierte Standpunkt – vom Prinzip her beides: sozial und die Person befriedigend, d. h. es wird ihr gerecht! Unethisches Handeln ist vom Prinzip her unpersönliches Handeln, denn Personalität ist immer zwischenmenschlich gedacht bzw. geschieht nur in Verbindung und im Austausch mit dem (den) Anderen! Unsoziales oder asoziales Handeln ist Produkt und Ausdruck deformierter Zwischenmenschlichkeit“ (Linster/Panagiotopoulos 1989, 16f.).

Der Klientenzentrierte Ansatz ist geleitet vom Respekt vor der Person des Klienten. Er geht davon aus, dass es den Menschen möglich ist, eigenverantwortlich, selbstbestimmt und sinnerfüllt zu leben sowie ihnen ein Wachstumspotential zukommt, diese Ziele für sich zu erreichen. Das gilt auch für Männer, die durch ihr Tun andere schwer, schwerst und auch immer wieder unwiderruflich körperlich und seelisch be- und geschädigt haben.

Der Klientenzentrierte Ansatz ist von der Überzeugung getragen, dass das

Individuum als soziales Wesen die Verantwortung für sein Erleben und sein Handeln trägt. Das Individuum trägt auch dafür die Verantwortung, dass es im Einzelfall diese Verantwortung nicht wahrgenommen bzw. deren Übernahme verweigert hat. Gewendet auf das straffällige Handeln eines Individuums heißt das: Als soziales Wesen kann das Individuum dieser Verantwortung nicht entgehen. Sie verbleibt bei ihm während der Haft genauso wie für einen möglichen Prozess der Therapie. Das Individuum kann sich allenfalls weigern, die Frage zu beantworten, wie es die Verantwortung übernehmen will, wie es sein verantwortliches Erleben und Verhalten zukünftig gestalten will.

Wenn unsoziales oder asoziales Handeln Produkt und Ausdruck deformierter Zwischenmenschlichkeit ist, also zwar die Bedürfnisse der Person zu einem gewissen Zeitpunkt zu befriedigen scheint, aber die zwischenmenschliche Perspektive völlig außer Acht lässt, dann müssen Änderungsbemühungen darauf abzielen, die sich im Falschen ausdrückende Bedürftigkeit zu verstehen und dem Individuum in diesem Prozess der Verantwortungsübernahme zu helfen. Der Prozess wird durch die Dimensionen Erfahrung und Beziehung bestimmt. Es ist die Aufgabe des Therapeuten den Prozess der Therapie so zu gestalten, dass die ihm bestmöglichen Bedingungen entstehen, welches die Voraussetzungen sind, dass der Klient sein ihm innewohnendes Wachstumspotential entfalten kann. Der/die Therapeut/in ist aus-

schließlich seinem Angebot verpflichtet, da Psychotherapie ist ein interaktioneller Prozess, zu dem beide Beteiligten, der Klient und der Therapeut, ihren je unterschiedlichen Beitrag erbringen müssen. Das Gelingen des therapeutischen Prozesses muss als eine gemeinsame Leistung angesehen werden. Deshalb hat der/die TherapeutIn auch nur eine begrenzte Verantwortung für das Ergebnis der Therapie. Mit einer solchen Haltung nähert sich der Klientenzentrierte Ansatz einem symptomatologischen Ansatz, geht aber nicht darin auf. Auch bedeutet er keinesfalls eine Exkulpierung.²

II. Rechtliche Rahmenbedingungen der Sexualstraftäterbehandlung

Zur Erinnerung: Zu Beginn der 80er Jahre setzte die Diskussion um sexuellen Missbrauch von Kindern ein. Der Sexualmord an dem Mädchen Natalie durch einen Rückfalltäter im Jahre 1996 löste eine solche Empörung aus und entfaltete auch medial eine solche Breitenwirkung, dass sich die Politik des Themas annahm. Die Folge war eine Strafrechtsnovelle bei der die Strafen für Sexualdelinquenz verschärft, das Strafvollzugsgesetz geändert sowie die Voraussetzungen für eine Entlassung auf Bewährung überarbeitet wurden.

Besonders bedeutsam ist der neu geschaffene § 9 Abs. 1 Satz 1 Strafvollzugsgesetz:

§ 9 Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt

(1) Ein Gefangener ist in eine sozialtherapeutische Anstalt zu verlegen, wenn er wegen einer Straftat nach den §§ 174 bis 180 oder 182 des Strafgesetzbuches zu zeitiger Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist und die Behandlung in einer sozialtherapeutischen Anstalt [...] angezeigt ist. [...]

In Verbindung mit den erschwerten Voraussetzungen zur bedingten Entlassung ist damit für Männer, die wegen eines Sexualdeliktes verurteilt sind, de facto eine Therapiepflicht festgeschrieben.

Für die StrafvollzugspsychologInnen sind in diesem Kontext noch die Regelungen zum Datenschutz aus dem Jahre 1998 zu nennen, die so gestaltet sind, dass die berufliche Schweigepflicht für psychotherapeutisch tätige PsychologInnen im Strafvollzug zur im Grundsatz bestätigt wurde, aber dadurch unterlaufen wird, dass eine Offenbarungspflicht gegenüber dem Anstaltsleiter festgelegt wurde. Zwar geht die kommentierende Literatur davon aus, dass den behandelnden PsychologInnen eine Einschätzungsprärogative zusteht, mein Eindruck ist jedoch, dass diese Prärogative – also die Entscheidung über das, was aus einer Therapie offenbart wird – häufig nicht wahrgenommen und unreflektiert und unzensiert über die Inhalte der Psychotherapie gegenüber Dritten, wie z. B. den Strafvollstreckungskammern, berichtet wird.

III. Kriminologische Daten und Beschreibung des Tätigkeitsfeldes

Wenn man über Sexualdelinquenz diskutiert, wird man vier Ebenen unterscheiden müssen:

1. eine kriminologische Ebene
2. eine klinische Ebene und
3. die Ebene der gesellschaftlichen Wahrnehmung dieses Phänomens
4. zudem wird man Acht geben müssen, dass die Phänomene nicht unter der Perspektive der Opfer wahrgenommen werden und unkontrollierte Strafimpulse vorherrschend werden.

Als Psychologe gerät man(n) bei der emotional stark aufgeladenen Debatte um die sexuell Gewalt gegen Frauen, vor allem beim sexuellen Missbrauch, schnell in den Geruch das Handeln dieser Männer entschuldigen zu wollen. Ich will dem durch diese Bemerkung vorbeugen: Es geht mir darum, das emotionale Bedingungsgefüge zu nachvollziehen zu können, das zu dem Handeln führt, welches dann als sexueller Missbrauch juristisch geahndet wird.

zu 1. und 3.

Die kriminologischen Erkenntnisse über, die gesellschaftliche Wahrnehmung und die mediale Darstellung der Sexualdelinquenz stimmen in keinsten Weise überein.

Entgegen der landläufigen Meinung geht die kriminologische Forschung davon aus, dass die Sexualdelinquenz in den letzten Jahren abgenommen hat². Nur etwa 0,8 Prozent aller polizeilich erfassten Straftaten betreffen „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“. Die Zahl der sexuell motivierten Tötungsdelikte an Kindern – so schrecklich sie im Einzelfall sind – liegt seit 20 Jahren konstant zwischen 3 und 10 ermordeten Kindern.

Der Anteil der Gefangenen, die wegen eines Sexualdeliktes inhaftiert sind, liegt etwas bei fünf bis acht Prozent. In Baden-Württemberg liegt diese Zahl bei ca. 400 Inhaftierten.

Auch innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion gehen die Standpunkte erheblich auseinander. Es sind Prävalenzraten zum Vorkommen von sexuellem Missbrauch in der Bevölkerung erhoben worden, die von einer Opferrate von 30 Prozent der weiblichen Population und mehr ausgehen. M.E. werden solche Zahlen mit guten Argumenten kritisch hinterfragt: Die Kritik zielt auf die ihres Erachtens erheblichen methodischen Mängeln mit der solche Untersuchungen behaftet seien.³

Es gibt zwei interessante Untersuchungen (Schetsche 1993; Rappold 2001), welche die Eingebundenheit des Diskurses um sexuellen Missbrauch in den Zeitgeist untersuchen. Schetsche zeigt mittels die inhaltsanalytischer Auswertung der einschlägigen Fachliteratur über den Zeitraum von 1950–1990 auf, dass diese Diskussion „Moden“ unterliegt, die mit gesellschaftspolitischen Interessenlagen zusammenhängen. Ein erster Höhepunkt hatte diese Diskussion zu Beginn der 60er Jahre, hier war der Fremde der Täter⁴. Die zweite „Mode“ speist sich aus einem feministischen Impuls, hier wird der Vater zum Täter, der Normalmann. Beide Modelle fokussieren

auf unterschiedliche Tätergruppen unter außer Acht lassen der jeweiligen anderen Tätergruppe. Bei aller Unterschiedlichkeit sind beide Modelle auch von dem Impuls motiviert, eine konservative Sexualmoral durchzusetzen. (Vgl. Schetsche 1993,43f.)

IV. Psychologische Fachdiskussion

Bedauerlicherweise hat sich die psychologische Fachdiskussion dieser Skotomisierung der Wahrnehmung nicht entziehen können. Immer noch werden die juristische und psychologische Perspektive vermengt, was sich in der Folge in den entsprechenden Behandlungskonzeptionen durchschlägt und zu plakativen Forderungen, wie bspw. „No cure, but control“⁵ geführt hat, wie auch, dass vorwiegend verhaltenstherapeutische Konzepte zur Anwendung kommen.

Wer sich mit der Diskussion um die Behandlung von Sexualstraftätern beschäftigt, wird nicht um die Veröffentlichungen von Ruud Bullens herumkommen. Bullens gehört zu den Wortführern dieser Konzepte in Europa und dürfte einer der ersten gewesen sein, der diese Konzepte aus Amerika nach Europa gebracht hat. Sie orientieren sich weitgehend an dem Lernmodell der Sucht bzw. seiner verhaltenstherapeutischen Behandlung.

Sehr verkürzt handelt es sich m.E. um subtile Beschämungsstrategien, die verknüpft werden mit einem Angebot auf ein besseres Leben durch Vermittlung von Copingstrategien. Dem Justizvollzug kommen diese Ansätze sehr entgegen, versprechen sie durch ihre manualisierte Form bei erster Betrachtung einen effizienten Einsatz der an sich knappen personellen Ressourcen. Statt jedoch die erbärmlichen Arbeitsbedingungen und den Zeitdruck zu reflektieren, unter dem JustizpsychologInnen arbeiten – die Behandlungsprogramme sollen in einer Dichte durchgeführt werden, wie sie nicht durchführbar sind – wird im Falle des Misserfolges dies dem Klienten angelastet. Auch kommen die einge-

setzten Beschämungsstrategien dieses Ansatzes den offenen und heimlichen Strafpulsen des Justizvollzuges sehr entgegen, ohne dass ein angemessener Ausgleich geschaffen würde für eine Hoffnung auf ein besseres Leben.⁶

Ich will mich hier nicht gegen die Vermittlung von sozialer Kompetenz durch Psychoedukation aussprechen, inzwischen bin ich sogar zu der Überzeugung gelangt, dass aufgrund massiven psychischen Beeinträchtigungen und dem deutlichen Mangel an sozialer Kompetenz, die sich bei vielen der Inhaftierten finden lässt, solche Trainings sehr sinnvoll sein können.

Der Ehrlichkeit halber will ich das neue Lehrbuch von Fiedler (2004) „Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung“ erwähnen, in dem sich ein Wandel in diesen Einstellungen abzeichnet. Das Buch von Fiedler ist in vielerlei Hinsicht lesenswert, unter allem auch deshalb, weil er sich der Mühe unterzogen hat, die vorhandene, aber weit verstreute Literatur zu sichten und aufzuarbeiten. Bei der Auseinandersetzung mit dem heutigen Thema dient mir sein Buch als Kontrastfolie, weil ich nicht mit den verhaltenstherapeutischen Modellen übereinstimme, aber auch der Meinung bin, dass wir als klientenzentrierte Psychotherapeuten das Rad nicht neu erfinden können.

Wird die Gruppe der Sexualstraftäter unter einem klinischen Gesichtspunkt betrachtet, lassen sich kurz zusammengefasst, folgen Aussagen treffen:

a. In der Literatur wird einhellig davon ausgegangen, dass es den Sexualstraftäter nicht gibt. Es handelt sich nicht um eine psychopathologisch homogene Gruppe.

Ein typischer Fehler, der in der Diskussion um Sexualstraftäter immer wieder passiert, ist, dass jeder sein Modell des Sexualstraftäters verallgemeinernd unterstellt. So sei die Erfahrung aus der eigenen Supervisionsgruppe genannt, in der ein Teil der Gruppe eher an die Vergewaltigungstäter denkt, die andere eher an die Missbrauchstäter.

Auch zur Gruppe der sonstigen Gewaltstraftäter gibt es deutliche Unterschiede:

b. Nach der Metaevaluation von Hanson/Bussiere (1998), in die 61 Studien mit über 23000 Sexualstraftäter eingingen, liegt die Rückfallquote im Bereich der Sexualdelikte bei einem Beobachtungszeitraum von 4–5 Jahren bei 13 %. Es lassen sich Subgruppen unterscheiden: So Männer, die durch sexuelle Gewalttaten auffallen (19 %), sowie Männer, die zu exhibitionistischen Handlungen neigen (57 %). (zit. n. Fiedler 2004, 317) Insgesamt liegt somit die Rückfallquote niedriger als bei anderen Gruppen von Straftätern.

c. „[Es] kann festgestellt werden, dass sich immer dort, wo eine Bestrafung von Sexualstraftätern durch sozialtherapeutische psychologische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen ergänzt wird, das Rückfallrisiko beträchtlich reduzieren lässt“ (Fiedler 2004, 10).

d. Nach Alexander (1999, zit. n. Fiedler 2004, 421) verbessern Behandlungsmaßnahmen die zusätzlich ein klar strukturiertes Rückfallpräventionsprogramm umfassen, die Prognose gegenüber unspezifischen Behandlungsmaßnahmen deutlich.

e. Als aktuelle Erklärungsversuche, die das vorhandene empirische Wissen in Ätiologiemodelle zu integrieren versuchen, sind so genannte multifaktorielle Bedingungsanalysen oder Pfadmodelle entwickelt worden. (Ward/Siegert 2002; Ward/Sorbello 2003; zit. n. Fiedler 2004,302ff.) In Anlehnung daran, schlägt Fiedler vor, zwischen proximalen und distalen Faktoren zu unterscheiden, die in ihrem Zusammenspiel zur Tat geführt haben.

Vier klinisch bedeutsame Kernelemente gelten als eigenständige distale Faktoren, deren dysfunktionale psychologischen Mechanismen zu sexuellen Übergriffen führen können:

- Defizite im intimen Beziehungsverhalten und fehlende soziale Kompetenzen
- Störungen der sexuellen Präferenz und im sexuellen Beziehungsverhalten
- Fehlregulation im emotionalen Erleben und Handeln
- Kognitive Defizite und kognitive Störungen

Dass es zwischen diesen Faktoren zu spezifischen Wechselwirkungen kommt, versteht sich von selbst. Fiedlers Unterscheidung zwischen proximalen und distalen Faktoren muss in Verbindung mit seiner Kritik an so genannten Komorbiditätsuntersuchungen⁷ gesehen werden, bei denen immer wieder vor schnell funktionale Zusammenhänge suggeriert werden, die nicht stimmen müssen – weil im Beispiel enthemmende, kompensierende oder kontextuelle Faktoren ausgeklammert bleiben (Fiedler 2004, 339).

Auch im deutschen Sprachraum gibt schon längere Zeit Bemühungen eine von der juristischen Klassifikation gesondertes psychodiagnostisches Klassifikationschema zu entwickeln.

f. Hoyer et al. (1999, 2001) schlagen vor, zum einen zwischen „hands-off“ und „hands-on“-Delikten zu unterscheiden und zudem auf einer Achse-I-Klassifikation nach DSM IV zwischen Paraphilien und Impulskontrollstörung zu differenzieren und leiten aus diesen Merkmalen weitere psychische Eigenheiten der Tätergruppen ab, wie Selbstunsicherheit vs. Störung der Ärger- und Wutregulation, für die im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Programme eigene Module zur Anwendung kommen sollen.

Unabhängig von der grundsätzlichen Kritik, die man an solchen Modellen äußern könnte, müssen wir uns als Klientenzentrierte Psychotherapeuten mangels Gegenbeweises leider ins Stammbuch schreiben lassen, dass

g. „Ausschließlich einsichtsorientierte Psychotherapie, sei diese psycho-

analytisch, psychodynamisch oder gesprächspsychotherapeutisch ausgerichtet, sollte mit Sexualdelinquenten mangels Effizienz zukünftig nicht mehr mit dem Ziel einer tiefgreifenden Veränderung durchgeführt werden“ (Fiedler 2004, 13).

Als einem Psychologen, der nicht an einer wissenschaftlichen Einrichtung arbeitet, fehlt es mir leider an Zeit und an Geld diese Behauptung nachzuprüfen und ggf. zu widerlegen und die Untersuchungen zu sichten, die die Ineffizienz der Gesprächspsychotherapie gezeigt haben sollen. Ich vermute jedoch, dass das, was als Gesprächspsychotherapie in diese Untersuchungen eingegangen ist, wenn nicht schon zum Zeitpunkt der Untersuchung, so doch aus heutiger Sicht unseren eigenen Standards nicht genügt hätte. Noch schwieriger ist es, ohne geeignete Unterstützung ein eigenes, schlüssiges klientenzentriertes Behandlungskonzept zu entwickeln.

V. Bausteine zu einem klientenzentrierten Behandlungsansatz

Zurück zu meinem Tätigkeitsfeld. Bevor ich mit Ihnen über meine Erfahrungen diskutieren möchte – es soll, wie angekündigt, an zwei eigenen Fällen geschehen – möchte ich ein paar eigene Thesen über die Behandlung von Männern, die wegen eines Sexualdeliktes in Haft sind, vorstellen. Sie sind aber nicht systematisch entwickelt.

Ich sage nichts Neues, aber mir scheint es erforderlich, dass wir uns dessen immer wieder vergewissern: Nach meinen Erfahrungen aus gemischten Supervisionsgruppen bin ich inzwischen der Überzeugung, dass wir als Klientenzentrierte TherapeutInnen ein grundsätzlich anders strukturiertes Beziehungsangebot machen; dazu gehört für mein Empfinden, dass wir versuchen, ein therapeutisches Klima zu entfalten, das auf „Beschämung als Therapiestrategie“ verzichtet. Das klingt lapidar, ist es aber nicht, wenn man die einschlägigen verhaltenstherapeutischen Interventionskonzepte analysiert.⁸

Ein solcher Zugang zum Klienten ist m. E. umso wichtiger, je schwerer gestört die Klienten sind. Rogers unterscheidet hinsichtlich der Inkongruenz zwischen verletzlichen oder angstvollen Zuständen („... the first person ... is in a state of incongruence, being vulnerable, or anxious“ Rogers 1959, 213). Rogers geht davon aus, dass verletzliche Klienten schwerer durch das Beziehungsangebot zu erreichen sind, da Angst dann entsteht, wenn sich die Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und der gesamtorganismischen Erfahrung dem Gewahrsein nähert (Rogers 1959/1987, 30).⁹

Die Zentrierung auf das Erleben und der sich im Erleben ausdrückenden emotionalen Bedeutungen, bedeutet theoretisch einen eigenständigen Theorieansatz: Dem Theorieansatz von C. Rogers liegt eine nicht explizierte Emotionstheorie zu Grunde, die auf die Funktionale Psychologie von Dewey, Mead und Angell zurückgeht, und die m. E. nichts an ihrer Aktualität eingebüßt hat, obwohl sie aus historischen Gründen in Vergessenheit geraten ist. Kern dieser Theorie ist der Gedanke, dass die Emotion – verstanden als eine organismische Handlungsbereitschaft (emotional attitude) – dann auftritt, wenn der Organismus vor Anpassungsproblemen steht und sie wieder abklingt, wenn es dem Organismus gelingt, den gestörten Handlungsvollzug wieder aufzunehmen und zum Abschluss zu bringen.¹⁰ Dieser Grundgedanke macht deutlich, warum im Klientenzentrierten Ansatz so viel Gewicht auf das Verstehen der emotionalen Bedeutung und dem Verstehen aus dem inneren Bezugsrahmen gelegt wird: Wenn die Entstehung der Emotionen eine Folge der Hemmung der gewohnheitsmäßigen Handlungsabläufe zu begreifen ist und das Anzeichen des Misslingens der Anpassung und die Emotionen zugleich ihren Wichtigkeit dadurch erhalten, dass sie ihren vergangenen Wert für eine Koordination aufbewahren und die als Folie für eine noch zu entwickelnde Koordination bereitstehen, dann kann die Wiederanpassung des Organismus befördert werden durch das Verstehen des Klienten aus dessen Bezugsrahmen.

Praktisch bedeutet das: Weg von der Deliktfixiertheit hin zu der Frage, was wird im Falschen (in straffälligen Handeln) an Bedürftigkeit aufbewahrt und ausgedrückt.¹¹

Da neben den Besonderheiten der Klienten die externen Faktoren der Straftäterbehandlung erheblichen Einfluss auf das therapeutische Setting haben, ist der Gestaltung der Therapierandbedingungen ein wesentlich größerer Stellenwert einzuräumen als dies in der allgemeinen Psychotherapie geschieht.

Diagnostik

Die Fragen der Diagnostik wurden schon oben teilweise angerissen. Bei der psychotherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern verdichtet sich dieses Problem nochmals:

Grundsätzlich ist eine Straftat an sich noch kein Hinweis auf eine psychische Störung, sie kann ebenfalls Ausdruck einer phasenspezifischen Lebenskrise sein. Bei den Sexualstraftätern, denen ich in Haft begegnet bin, scheint mir das jedoch die Ausnahme. Mir ist kein Fall geläufig, wo ich nicht von einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung ausgegangen bin.

Nur eine spezielle Population der „Sexualstraftäter“ befindet sich in Haft: Es handelt sich im Regelfall um sozial stark desintegrierte Männer der Unterschicht, die neben dem Delikt, das sie in Haft gebracht hat, erhebliche psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Dazu gehören schwere Persönlichkeitsstörungen, schwerer Suchtmittelmissbrauch bzw. Suchtmittelabhängigkeit, extrem ungünstige Aufwuchsbedingungen, schwere eigene Traumata.¹²

Differenzielles Behandlungskonzept

Dass ich hier vor Ihnen sitze und diesen Workshop zur psychotherapeutischen Behandlung von Männern, die sich wegen eines Sexualdeliktes in Haft befinden (oder: möglicherweise in einer ambulanten Praxis mit einer Bewäh-

rungsaufgabe) durchführe, bedeutet auch, dass ich der Überzeugung bin, dass dies mit einem Klientenzentrierten Ansatz möglich ist.

Die Stärke unseres psychotherapeutischen Ansatzes liegt in der Art, wie wir unseren Klienten ein Beziehungsangebot machen. Ich meine jedoch auch, dass die vorliegende Schwere der Störung (im Regelfall eine Persönlichkeitsstörung) ein modifiziertes klientenzentriertes Vorgehen erfordert.

Schulenübergreifend sind sich TherapeutInnen heute einig, dass bei solchen Klienten eine Modifikation des therapeutischen Beziehungsangebotes stattfinden muss, um wirkungsvoll zu sein. Für die Klientenzentrierte Psychotherapie setzt dieser Prozess seit Ende der 50er Jahre ein, als Rogers begann, seine Position in zu einem personenzentrierten und dialogischen Ansatz weiter zu entwickeln (Finke 1994b, 20). Im deutschen Sprachraum hat sich dies in der verkürzenden Formulierung Begleiten und Begegnen niedergeschlagen.

Drei therapeutische Schwierigkeiten sind anzuführen, wie sie immer wieder in der Arbeit mit solchen Klienten auftreten:

- a. Der Klient meidet den Kontakt bzw. die Beziehung zur/m Therapeutin/en durch Tabuisierung der Emotionen. Häufig „verbergen“ die Klienten die persönlichen Bedeutungen, die das Besprochene für sie besitzt. Oft fehlt ihnen ein elementares Mit-sich-Vertrautsein, wodurch die Fähigkeit des Sich-Befragen-Könnens und des Stellung-Nehmens hinsichtlich der eigenen Erfahrungen erst möglich würde (Pfeiffer 1990).
- b. Klienten mit schweren psychischen Störungen achten offenbar besonders auf die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung und weniger auf das technische Vermögen des Therapeuten.
- c. Die Realisierung der therapeutisch wirksamen Haltungen ist auch von der Beziehung selbst abhängig. D. h. ein kongruentes, empathisches und wertschätzendes Beziehungsange-

bot kann auf Dauer nur verwirklicht werden, wenn entsprechend darauf geantwortet wird. Wird diesen Haltungen bspw. anhaltend sehr feindlich begegnet und entsteht auf Seiten des/r Therapeut/in ein auch nur unterschwellig wahrgenommenes Gefühl der Bedrohung, ist sein Beziehungsangebot gefährdet.

Im klientenzentrierten Modell ist das methodische Vorgehen, dass der/die Therapeut/in auf das mit der Symbolisierung ausgedrückte emotionale Erleben reagiert, um eine vertiefende Selbstexploration beim Klienten anzuregen. Die Erfahrungen der Praxis zeigen jedoch, dass dieses Vorgehen bei delinquenten Klienten problematisch ist, da häufig nur geringe Fähigkeiten zur Selbstexploration, verstanden als die Fähigkeit, Bezug auf das eigene Erleben zu nehmen, vorhanden sind. Ein wesentliches Mittel zur Lösung dieser Schwierigkeiten ist ein Interventionsrepertoire, bei dem das aktuelle Beziehungsgeschehen zwischen Klient und Therapeut im Zentrum der therapeutischen Interventionen steht. Kern dieser Erweiterung ist, dass der/die Therapeut/in sein Erleben dem Klienten verfügbar und damit in reziproker Weise teil- und mitteilbar macht. Kann der Klient dieses mitgeteilte Erleben annehmen, führt es zu einer Anreicherung der eigenen Erfahrung und der Rand des Gewahrseins wird ausgedehnt. Dazu gehört, dass der/die Therapeut/in dem Klienten mitteilt, wie er ihn in der konkreten Situation erlebt, was dessen Berichte bei ihm auslösen, wie er ihn und was er an ihm wahrnimmt etc. (vgl. a. Jabobs/Hoyer u. a. 1990).

Dieses Vorgehen begründet sich mit folgenden Überlegungen:

- Die Klientenzentrierte Psychotherapie hat das Ziel der Selbstentwicklung – sie will helfen, ein undifferenziertes Selbst zu differenzieren –, das ist nur im aktuellen Erleben möglich. „Therapie besteht darin, das Selbst in vielfältiger Weise in einer emotional bedeutungsvollen Beziehung zum Berater zu erfahren“ (Rogers 1951a, 172).

- Da sich das Selbst aus den reflektierten Einschätzungen durch Andere bildet, dient die Thematisierung der Beziehung von „Ich und Du im Hier und Jetzt“ zugleich der Entwicklung des Selbst.
- Bleiben die Darstellungen des Klienten unverständlich, dann ist das Verstehen dessen, was in Therapeuten vorgeht, oft die einzige Zugangsweise zum Erleben des Klienten (Binder/Binder 1991, 94).
- Eine weitere Überlegung ist den institutionellen Bedingungen geschuldet. Bei langjährig Inhaftierten ist kein Gegenüber mehr vorhanden, an dem sich das Selbst bilden und bestätigen könnte (Stichwort: Entwirklichung des Erlebens).

Eine theorieimmanente Begründung für ein solches Vorgehen findet sich in einer Differenzierung der Kontakthypothese, die Rogers an anderer Stelle so charakterisiert, dass der Klient und Therapeut im Erfahrungsfeld des jeweils Anderen einen wahrnehmbaren Unterschied ausmachen müssen¹³ (Rogers 1957a/1995, 167). Implizit unterliegt dieser Hypothese ein dialektisches Verständnis von der Struktur des Kontakts: Wenn der Klient in Kontakt mit dem Therapeuten ist, entsteht Berührung, Betroffenheit, und die Grenze, an der in Gleichzeitigkeit beides gespürt werden kann: Eigenes und Fremdes. Hier kann der Klient je nach Aufmerksamkeitsfokus sich selbst oder den Therapeuten und ebenso die Grenze, den ‚Punkt des Übergangs‘ erspüren.

Die Kontakthypothese eröffnet so gesehen eine doppelte Perspektive :

- eine intrapsychische und
- ein interpersonelle^{14 15}

Die dialektische Struktur des Kontakts bedeutet auch: Befindet sich der Klient nicht mit dem Therapeuten in Kontakt, befindet er sich nicht mit sich selbst in Kontakt und umgekehrt. Aus diesem Gedanken begründet sich der Fokus auf das aktuelle Beziehungsgeschehen: Das unmittelbare Erleben und Erfahren rückt ins Zentrum des therapeutischen Geschehens. Ob ein Kontakt

besteht, kann sich in zwei extremen Ausprägungen zeigen: Einmal das Gefühl des Therapeuten einer intensiven Bezogenheit auf den Klienten, in dem die das Erleben üblicherweise begleitenden Gefühle von Raum und Zeit vergessen werden und das andere Mal, wenn der Therapeut mit ihm überwältigenden Müdigkeitsgefühlen zu kämpfen hat, bei denen er das Gefühl hat, sich bspw. nur durch einen aggressiven Gegenschlag befreien zu können.

Häufig lässt sich beobachten, dass diese Klienten sich nicht zu den von ihnen ausgedrückten und vom Therapeuten wahrgenommenen Gefühlen in Beziehung setzen können. Manchmal geht das soweit, dass die „emotionalen Reaktionen überhaupt nicht zu dem, was der Patient sagt, zu passen scheinen“ (Binder/Binder 1991, 94). So werden immer wieder Ereignisse geschildert, die im Therapeuten das Gefühl wachrufen, er selbst hätte sich in einer solchen Situation so oder so gefühlt, reagiert etc., z. B. hätte ihn das gefreut, stolz oder wütend gemacht, verletzt usw. oder nur, dass er am Klienten mimisch Gefühle wahrnimmt. Schon beim Ansprechen jedoch ist zu spüren, dass der Klient nicht auf das Angebot reagiert, mehr noch, dass eine bestimmte Form der Bezugnahme als Bedrohung/Übergriff erlebt wird, auf die/den der Klient mit Abwehr reagiert.

Hier greift das, was in der Literatur als die Interventionsform „Selbsteinbringen“ bezeichnet wird. Gerade bei schwerer gestörten Klienten „mit Störungen des Identitätserlebens und der Differenzierungsfähigkeit in der psychosozialen Wahrnehmung“ hat dieses Vorgehen sein besonderes Indikationsgebiet. D. h. „das Sich-Gegenüberstellen als konkrete Person“, hilft dem Klienten bei der Abgrenzung und zwar dadurch, dass der Therapeut sich mit seinen emotionalen Reaktionen auf den Klienten zu erkennen gibt (Finke 1994a, 99f.; Binder/Binder 1991). Diese Modifikation – dass der Therapeut aus seinem eigenen Bezugssystem intervenieren muss – scheint um so notwendiger je weniger konsistent das innere Bezugssystem des Klienten ist (Finke 1994a, 136).¹⁶

Ein Nebengedanke sei eingefügt: Es ist anzunehmen, dass dieser Mangel an Kohärenz des Selbst wahrscheinlich den Gewalterfahrungen der Kindheit geschuldet ist – wie sie bei diesen Klienten häufig beobachtet werden können –, wo auf die emotionalen Beziehungsangeboten der Kinder völlig inadäquat geantwortet wurde.

Methodisch sind solche interpersonellen Interventionen angezeigt, wenn sie helfen, den Klienten wieder mit sich in Kontakt zu bringen. D. h., wenn der Therapeut davon spricht: „Ich höre Sie sagen ...“, oder „Mir geht es mit dem von Ihnen Berichteten, irgendwie spüre ich bei Ihnen ...“. Wenn er sich derart ins Spiel bringt, betont er die erlebnismäßige Differenz und versucht den Klienten anzusprechen, damit jener über die Wahrnehmung dieses Unterschiedes sich wieder auf sich selbst beziehen kann, möglicherweise erstmals auf sich bezieht. Die Mitteilung der Fremdwahrnehmung soll die Selbstwahrnehmung stimulieren.

Aus Sicht des Autors müssen auch hier zwei Aspekte dieser Interventionen unterschieden werden:

- formal, dass der Therapeut als abgegrenzte Person erlebbar wird. Das zeigt sich auch sprachlich, so wie eben genannt.
- inhaltlich, dass er sich mit seinem konkreten Erleben kenntlich macht, um es dem Klienten verfügbar zu machen.

Es scheint, als würde in der klientenzentrierten Literatur stärker der inhaltliche Aspekt betont und dieses Vorgehen nur dann angewendet werden, wenn der Therapeut bei konkreten Störungen der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Rahmen von Klärungen sein Erleben einbringt. Der Autor meint aber, dass es sich hier nur um den Sonderfall einer grundsätzlichen Einstellung handelt, die es diesen Klienten gegenüber bedarf. Die grundlegende Verletzlichkeit – wie Rogers es ausdrückte – bringt es mit sich, dass die unvermittelte Bezugnahme auf das Erleben des Klienten mit schweren psychischen Störungen als

Übergriff erfahren wird. Es braucht – so die hiesige Überzeugung – die Brechung durch die bezugnehmende Person.

Motivation

Die Motivationsfrage wird in der Literatur übereinstimmend als das Schlüsselproblem bei der Behandlung von Sexualstraftätern angesehen. Die von Miller/Rollnick entwickelte motivierende Gesprächsführung in der Beratung und Behandlung von Personen mit Suchtmittelproblemen, kann als Alternative zu den lange Zeit als Methode der Wahl geltenden konfrontativen Strategien angesehen werden.¹⁷ Die Autoren bezeichnen ihr Ansatz als ein direktives klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen.

Zeitliche Limitierung

Psychotherapie im Strafvollzug ist zeitlich limitiert. Die Mehrzahl der wegen eines Sexualdeliktes verurteilten Männer ist zu einer Haftstrafe unter fünf Jahren verurteilt. Aufgrund des begrenzten Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung (intramural/extramural), die im Verlauf der Haft zudem noch relativ spät begonnen wird, sind realistischere Behandlungsdauern von 40 – 80 Stunden anzusetzen. Gemessen an Behandlungsdauern in freier Praxis und bezogen auf die Schwere und das Ausmaß der Störung solcher Klienten (sehr häufig Persönlichkeitsstörungen) sind solche Behandlungsdauern als (zu) kurz anzusehen. Ein Versuch, diese Schwierigkeit zu lösen, kann die fokale Arbeit mit einem Schwerpunkt auf der sich im Delikt ausdrückenden Modell der Beziehungsgestaltung sein.

Völlig unabhängig von dem wie man dem verhaltenstherapeutischen Ansatz gegenüber steht, wird bei der Lektüre deutlich, dass das Programm Zeit braucht, viel Zeit! Und damit ist man wieder beim Strafvollzug. Der Strafvollzug hat keine Zeit!¹⁸

Einzelfragen

Zwischen den verschiedenen Therapieansätzen strittig ist der Status der dem Delikt zugemessen wird. Ich meine, der uns als klientenzentrierte Therapeuten gemäße Zugang ist der verstehende.

Status des Deliktes

Es geht um Selbstveränderung durch Verstehen der sich im Falschen (im Handeln, sprich Sexualdelikt) ausdrückenden Bedürftigkeit. Denn, was nicht verstanden wird, muss aufgrund seiner Bedrohlichkeit abgewehrt werden und behält damit seine Faszination. Die Übermächtigkeit erhält das symptomatische Handeln aus seiner kurativen Funktion, das es für die Restituierung des Selbst hat. Diese kurative Funktion wird bei Ansätzen, die sich nicht um Verstehen bemühen, unterschlagen.

Opferempathie

Der Kampfbegriff „Opferempathie“, d. h. die Einfühlung in die Folgen für die geschädigte Person, muss aus klientenzentrierter Sicht anders gefasst werden. Die Frage ist: Warum bricht unter dem Bedürfnisdruck die Selbstkontrolle zusammen und werden Fantasien so übermächtig, dass sie in Handeln umschlagen müssen?

Im Begriff „Opferempathie“ ist eine wichtige Einsicht aufbewahrt: Wenigstens bei den Männern, die wg. sexuellen Missbrauchs auffallen, ist kein genereller Mangel von Empathie zu beobachten: Sie sind sehr wohl in der Lage, sich in den Zustand des Gegenüber hineinzuversetzen, jedoch nur um ihre eigene Bedürftigkeit mit mehr oder weniger subtiler Gewalt durchzusetzen.

Realer Inzest als diagnostische Kategorie

In der Literatur konnte ich keinen Hinweis darauf finden, aber mein persönlicher Eindruck ist, dass realer Inzest – die Beziehung zur leiblichen Tochter

– wenigstens bei der Vollzugspopulation ein Hinweis auf die Schwere der Störung ist.

Es wäre diese Impression zu untermauern und ihre Bedeutung in eine erlebnismäßige Kategorie umzusetzen.¹⁹

Einzel- vs. Gruppensetting

Im Strafvollzug wird ein bei der Sexualstraftäterbehandlung reines Gruppensetting gewählt. Diese fachlich nicht zu begründende Favorisierung des Gruppensettings scheint m. E. mit dem enormen Arbeitsdruck, der auf den Behandlern lastet, zusammenzuhängen.²⁰

Die verhaltenstherapeutischen Ansätze suggerieren, dass sie besonders effizient seien. Leider finden sich in der Literatur keine Angaben zur Dauer der Behandlung. Die Praxis lehrt jedoch, dass die entwickelten Behandlungsprogramme in den angegebenen Zeiträumen nicht durchführbar sind.

Rückfallprävention: künftig unverzichtbar! (Fiedler 2004, 420ff.)

Als klientenzentrierte Psychotherapeuten kommen wir aufgrund der Metaevaluationsstudien der letzten Jahre nicht um die Einsicht herum, dass unser psychotherapeutisches Vorgehen von den als psychoedukative Maßnahmen zu bezeichnenden Rückfallpräventionsprogrammen flankiert werden muss.

Das „übende Verhalten“ kann auch in einem klientenzentrierten Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden: Es ist ja nicht so, dass in der klientenzentrierten Psychotherapie nicht Alltagssituationen besprochen werden, nur erhält dies nicht die Systematik wie in der Verhaltenstherapie. Was wahrscheinlich entscheidender ist, ist die Gerichtetheit des Aufmerksamkeitsfokus: Als jemand der die Verhaltenstherapie nur aus der Literatur kennt und auch noch sehr voreingenommen ist, scheint mir die Verhaltenstherapie sehr technisch und am Funktionsaspekt ausgerichtet zu sein.²¹ Der klientenzentrierte Fokus liegt

jedoch auf dem Erleben als Ausdruck der organismischen Anpassungsreaktion und seiner innerseelischen Repräsentation verstanden als innerer Bezugsrahmen.

Prozessanalyse der Sexualdelikte (Fiedler 2004, 434)

Ziel dieses Moduls ist es, für jeden Sexualstraftäter eine genaue Analyse der aktuellen Hintergründe ihrer Tat vorzunehmen. Es geht also zunächst um das *Wie* – also um eine genaue Analyse der proximalen Bedingungen und damit

- um eine Identifikation der einer Tat (zeitlich nah) vorausgehenden Bedingungen,
- um eine Rekonstruktion des Tatherganges selbst und
- um eine genaue Bestimmung jener Faktoren, die den Abschluss der konkreten Missbrauchshandlungen und Gewalttaten markieren.

Ich halte es für sinnvoll, sich die Tat und insbesondere deren emotionalen Faktoren genau anzuschauen, weil gerade die affektive Seite Aufschluss über die fehlgeleiteten Anpassungsbemühungen gibt.

Affektregulation

Die Erfahrung, dass paraphil klassifizierte Klienten eher sozial ängstlich und konfliktvermeidend sind gegenüber dem, dass nicht-paraphile Personen eher Probleme der Impulskontrolle und der Ärger- und Wutregulation haben, bewahrt eine wesentliche Erkenntnis auf, die aber in verhaltenstherapeutischen Ansätzen gerne übersehen und damit nicht verstanden wird: der Kern der Problematik ist die zugrunde liegende Angst vor einer möglichen Beschämung. So reagieren sozial ängstliche Personen mit Rückzug, „dissoziale“ eher mit Gegenangriff.

Bearbeitungsreihenfolge von proximalen und distalen Faktoren

Die Frage nach dem *Warum*, also eine Analyse der distalen Entwicklungsbedingungen und deren zukunftsgerichtete Beeinflussung, erfolgen in den von Fiedler referierten Konzepten in späteren Therapiemodulen. Ich sehe das anders. Aus meiner Erfahrung muss die Basis geschaffen werden (in der Veränderung der Person), dass die Schamafekte soweit reduziert werden, dass über die Tat gesprochen werden kann. Kann von Anfang an über die Tat gesprochen werden (i. S. der Rekonstruktion des Deliktzenarios), scheint mir das eher ein Hinweis auf eine gestörte Affektregulation bzw. Schamlosigkeit, die auch ein Indikator für die Schwere der Störung der Person sein kann.

Grenzen und Leerstellen der psychotherapeutischen Behandlung

- Psychotherapie im Strafvollzug ist zeitlich limitiert und die Behandlungsdauern liegen weit unter dem, was als erforderlich angesehen werden kann. Stichwort: Schwere der Störungen. Auch wird man anerkennen müssen, dass ein Teil der Inhaftierten nicht erreichbar sind.
- Der Strafvollzug steht unter enormem öffentlichen Druck, insbesondere der Vorstellung, dass nicht passieren darf. Das hat wenigstens in Baden-Württemberg erhebliche Folgen für die Lockerungspraxis, sie ist in den letzten Jahren sehr restriktiv geworden. Meine Erfahrung ist, dass die Psychotherapie durch die Erfahrungen, die Inhaftierte während der Lockerungsphase machen, noch einmal einen deutlichen An Schub erhalten.
- Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf ist mit den Mitteln des Vollzugs nicht abzudecken.
- Die Frage nach der Schuld.

VI. Negative Affekte

In der Behandlung von Sexualstraftätern werden in besonderem Maße negative Affekte wachgerufen (z. B.

Ekel, Abscheu, Ablehnung), weil sich die Männer, die wegen solchen Delikten verurteilt sind in den „Randzonen“ des menschlichen Erlebens bewegen. Auf Dauer bedarf es hier Supervision, um sich selbst vor eigenen Deformationen zu schützen und um das klientenzentrierte Angebot aufrecht erhalten zu können.

Literatur

- Anchin, J./Kiesler, D. E. (Hrsg.) (1982): *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York.
- Balen, R. van (1992): Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? In: Behr, M. u. a. (Hrsg.): *Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Jahrbuch 1992. Köln.
- Binder U./Binder, J. (1991): Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn b. Frankfurt a.M.
- BMI/BMJ (2001): *Erster Periodischer Sicherheitsbericht*. Berlin.
- Falardeau, W. (2001): *Kontexte und Hintergründe sexueller Gewalt an Kindern*. Marburg.
- Fiedler, P. (2004): *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität - Homosexualität - Transgenderismus und Paraphilien - sexueller Missbrauch - Sexuelle Gewalt*. Weinheim/Basel.
- Finke, J. (1994a): *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart.
- Finke, J. (1994b): *Die Therapiemethodik der Gesprächspsychotherapie*. In: Teusch, L./Finke, J./Gastpar, M.: *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen*.
- Gilbert, N. (1994): *Kinderschutz in den Vereinigten Staaten. Probleme der Praxis und Stand der Forschung*. In: Rutschky, K./Wolff, R. (Hrsg.) (1994)
- Heigl-Evers, A./Heigl, F. (1988): *Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie*. Berlin u. a. In: Klußmann
- Heigl-Evers, A. (1994): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung frühgestörter Patienten, expliziert am Vergleich der psychoanalytisch-deutenden und der psychoanalytisch-antwortenden Vorgehensweise*. In: Heigl-Evers, A./Günther, P. (Hrsg.): *Blick und Widerblick. Gegensätzlich Auffassungen von der Psychoanalyse*. Göttingen.
- Heigl-Evers, A./Ott, J. (Hrsg.) (1994): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. Göttingen. 1995.
- Hoyer, J./Kunst, H./Borchard, B./Stangier, U. (1999): *Paraphile vs. impulskontrollgestörte Sexualstraftäter. Eine psychologisch*

valide Differenzierung? Zf. Klein. Psychol. 28, 37-44.

Hoyer, J./Kunst, H. (Hrsg.) (2001): Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten. Lengerich.

Hoyer, J. (2001): Kategorisierung von gefährlichen Sexualdelinquenten nach psychodiagnostischen Merkmalen. In: Hoyer, J./Kunst, H. (Hrsg.) (2001), 13-31.

Jacobs, S./Hoyer, J. u. a. (1990): Psychotherapie mit psychisch kranken Delinquenten. GwG Zeitschrift, 80, 223-227.

Kessel, W. van/P. van der Linden (1993): Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt. GwG Zeitschrift, 90, 19-32.

Kröger, U. (1997): „No cure, but control“. Die Behandlung von Sexualdelinquenten in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. Z.Sexualforsch. 10. Jg. (2), 138-146.

Linster, H./Panagiotopoulos P. (1989): Zu den anthropologischen und psychotherapeutischen Implikationen des Menschenbildes des personenzentrierten Ansatzes. Vortrag gehalten auf dem Kongress der GwG im Februar 1989 in Köln.

Pfeiffer, W. (1990): Psychotherapie als dialogischer Prozess. In: Behr/Esser: Macht Therapie glücklich? Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie. Köln.

Rapold, M. (2002): Schweigende Lämmer und reißende Wölfe, moralische Helden und coole Zyniker. Zum öffentlichen Diskurs über „sexuellen Missbrauch“ in Deutschland. Herbolzheim.

Roger, C. R. (1951a): Client-Centered Therapy. Boston. Dt.: Rogers, C.R.: Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-centered therapy. Frankfurt a. M. 1983

Rogers, C. R. (1957a): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotehrapie. In: Rogers C. R./Schmid, P.F. (1991): Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. Mainz.

Rogers, C. R. (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) Psychology: A study of a science. Study I: Conceptual and systematic. Vol. III: Formulations of the person and the social context. New York/Toronto/London. Dt.: Rogers, C. R.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln. 1987.

Rutschky, K./Wolff, R. (Hrsg.) (1994): Handbuch sexueller Missbrauch. Hamburg.

Schetsche, M. (1994): Vom Triebverbrechen zum Missbrauch. Wandelnde Deutungen sexueller Kontakte. In: Rutschky, K./Wolff, R. (Hrsg.) (1994)

Weber, F. (1989): Das Konzept der entwicklungsbedingten strukturellen Ich-Störung - Ein Bezugsrahmen für die Arbeit mit extrem randständigen Patienten? Psychother. Med. Psychol. 39, 390-396.

Fussnoten

- 1 Ich halte es für ein verkürztes Verständnis, wenn man, wie gelegentlich geschieht, dies den psychoanalytischen Theorien unterstellt.
- 2 BMI/BMJ (2001): Erster Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin.
- 3 Kritisch z. B. Gilbert in Rutschky/Wolf (1993): Die sehr unterschiedliche Definition dessen, was unter sexuellem Missbrauch zu verstehen ist, führt zu Angaben, dass bis zu 54 % der befragten Frauen sexuell missbraucht wurden (z. B. wenn eine erzwungene Umarmung dazu gezählt wird) Grundsätzliche Kritik wird auch an der Retrospektionsmethode geübt. Anders Fiedler (2004): Aufgrund der Ergebnisse der inzwischen über 50 weltweit durchgeführten Untersuchungen waren 25 % der befragten Frauen wenigstens einmal Opfer von sexueller Gewalt. Fiedler verweist auf deutsche Untersuchungen, die je nach der Enge der Definition zu eine Rate von 25 % bzw. 16 % kommen.
- 4 Spielfilm mit Heinz Rühmann und Gerd Fröbe als Dauerbösewicht: „Es geschah am hellichten Tage“
- 5 Kröger (1997)
- 6 Es wird der Heiße Stuhl durchgeführt „bis der Gefangene geknackt“ ist.
- 7 z. B. zwischen Persönlichkeitsstörungen [Entwicklung], Paraphilien [Ausgestaltung] und sexueller Gewalt [abhängige Variable]
- 8 Wenn Fiedler im Rekurs auf Ferenczi betonen muss: „Ohne Sympathie keine Heilung“, ist das verräterisch.
- 9 Wenn ich Rogers richtig verstehe, bedeutet diese Unterscheidung, dass die Verletzlichkeit das übergeordnete Konzept ist, bei der Gewährwerdung der Inkongruenz in diesem Falle es zu Desorganisation kommen kann. Die Entstehung der Angst muss vor als Anpassungs- bzw. Abwehrbemühung gedeutet werden.
- 10 Sie klingt natürlich auch im Rahmen von Abwehrprozessen ab, dann wenn es dem Therapeuten nicht gelingt, die drei Haltung zu verwirklichen, dann werden Abwehrbemühungen aktualisiert, um die entstehende Angst zu kontrollieren.
- 11 Bei sexuellem Missbrauch ist es ja nicht die offene Gewalt, die im Vordergrund steht. Oft wird in der Diskussion um den sexuellen Missbrauch der Eindruck geweckt, dass es die Missbrauchshandlung an sich ist, die so einen „Schaden“ bewirken würde (wenn Kollegen von „jungem Fleisch“ sprechen, das mancher Täter suche; manchmal kann ich mich nicht des Eindrucks erwehren, dass Kollegen ihre voyeuristischen Bedürfnisse befriedigen – Stichwort: Deliktzenario).
- 12 Ein Kollege hat einmal zynisch gemeint, Frau Professor hat kein Interesse ihren Mann wg. sexuellen Missbrauchs anzuzeigen.
- 13 Genau genommen entsteht der Kontakt nur, wenn die sogen. „positiven Gefühle“ bestimmend sind, da nur sie eine Annäherung bewirken, und nicht vollständig von negativen z. B. feindseligen (Haltungen) überlagert werden. Da im therapeutischen Setting oft Ambivalenz besteht, heißt das, dass diese aushaltbar sein muss.
- 14 Interessant ist, dass einzelne Mitarbeiter von Rogers diesen Weg konsequent eingeschlagen haben (vgl. Anchin/Kiesler 1982) Vgl. auch van Balen (1992); van Kessel/van der Linden (1993) usw.
- 15 Ähnlich Finke (1994a,78), der davon spricht, dass die innere Welt einen selbstreferentiellen und einen fremdbezüglichen Aspekt habe. Aus dieser Überlegung folgt für Finke eine Unterscheidung zwischen „einfühelndem und interaktionsbezogenem Verstehen“. Im Unterschied zu Finke leite ich die interpersonelle/intrapsychische Ebene aus der Kontakthypothese ab und sehe nicht die Beziehungsklärung als die Konkretisierung des Therapieprinzips Echtheit. Dies erscheint mir als eine Folge eines Missverständnisses, denn bei Finke wird nicht deutlich, dass Rogers von sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen gesprochen hat. Finke spricht nämlich von „... diesen Basismerkmalen“ (Echtheit, bedingungsloses Akzeptieren und Empathie), welche die hinreichenden seien. (Finke 1994a,30)
- 16 Vgl. Heigl-Evers/Heigl (1988), Heigl-Evers/Günther (1994), Heigl-Evers/Ott (1994), auch Weber (1989)
- 17 Anders Fiedler
- 18 Ein weiteres Moment kommt hinzu: So schön wie sich diese Programme anhören, ihre Umsetzung unter den Bedingungen des Regelstrafvollzugs und des öffentlichen Druckes und des Zeitdruckes, der damit entsteht; ist immens schwierig. Zudem wird aus meiner sich dieser Zeitdruck nicht reflektiert, sondern schlägt häufig unvermittelt auf die Behandlungsprogramme durch, so wenn der erste Entschuldigungsbrief schon nach 3 Monaten Gruppe geschrieben werden soll.
- 19 Vgl. den Hinweis von Falardeau (2001, 105 f.) zur Inzestbarriere Vertraulichkeit
- 20 Interessant ist das Fiedler (persönliche Mitteilung) dazu rät, alle Gruppenkonflikte im Einzelsetting zu bearbeiten und nur die Übungselemente in der Gruppe durchzuführen.
- 21 Dass die VT-Konzepte sich im diesem Bereich so durch gesetzt haben, ist m.E. in dem Effektivitätsversprechen begründet, der technischen Zurichtung des Gegenstandes.

Anschrift des Referenten:

Thomas Hartmann
Herzogenriedstr. 125
68169 Mannheim