

**Verhaltenstherapeutische und praktische Erfahrungen in Wohn –
und Werkstätten mit Menschen mit einer geistigen
Behinderung/Lernbehinderung (inklusive psychischer Behinderung
– M. m. B.) und Pädophilie**

1. Wie behandeln wir Menschen mit einer geistigen Behinderung/Lernbehinderung und einer Paraphilie (Pädophilie)? Wie gehen wir mit ihnen um?

Im Folgenden soll anhand von Ergebnissen aus zahlreichen Verhaltenstherapien, Beratungen, psychologischen Begleitungen, Supervisionen und Fallbesprechungen über einen Zeitraum von 35 Jahren das therapeutische als auch das praktische Vorgehen bei Menschen mit einer Behinderung und einer Paraphilie, insbesondere einer Pädophilie, aufgezeigt und diskutiert werden. In die Ergebnisse fließen therapeutische Erfahrungen mit 12 Sexualstraftätern ohne lern-oder geistiger Behinderung aus der Forensik mit ein.

Informationen über die Entstehung, Diagnostik und den Verlauf der Paraphilien soll Grundwissen vermitteln, ohne das eine Begleitung noch schwerer wird.

Die M. m. B. und Pädophilie in dieser Studie stammen aus zwei Bundesländern. Sie arbeiten in WfMmB, wohnen in Wohnstätten, Wohngemeinschaften, alleine, bei den Eltern oder leben in Kinderheimen. Sie stellen m. E. keine Zufallsstichprobe dar, jedoch sicherlich eine Quotenstichprobe mit einer als hoch geschätzten Repräsentativität für M. m. B. in Institutionen als Grundgesamtheit.

Die M. o. B. und Pädophilie hatten keine Bezüge zu einer Behinderteneinrichtung. 8 von 12 waren bereits verurteilt. 4 waren Patienten einer Psychiatrischen Einrichtung.

Was ist eine Paraphilie und welche Behandlungskonzepte gibt es und welche sind in Werk – Wohnstätten für M. m. B. anwendbar? Welche Erfahrungen liegen vor? Fallvignetten und sozialwissenschaftliche Überlegungen werden immer wieder eingestreut, um die Praxis und die Gesellschaft nicht aus dem Auge zu verlieren. Diese Arbeit wurde für alle MA/Innen geschrieben, die mit M. m. B. arbeiten.

2. Störung der Sexualpräferenz bei M. o. und m. B.

Paraphilien, zu denen die Pädophilie gehört, nennen wir „Störung der Sexualpräferenz“. Der Mensch mit einer Paraphilie hat ein dranghaftes Bedürfnis nach unüblichen Sexualobjekten (belebt oder unbelebt), das zu vielfältigen Leiden führt. Das Abweichende ist also, dass sich sexuelle Erregung nicht auf

erwachsene Partner bezieht. Über das konkrete Verhalten ist aber damit erst einmal nichts ausgesagt. Neben dem – unproblematischen - Fetischismus finden wir bei M. m. B. als sexuelle Präferenzstörung die - problematische - Pädophilie. Diese ist nach § 176a StGB strafbar. Pädophile suchen den physischen Kontakt zum Opfer, auch wenn sie ihn nicht immer, wie die Pädosexuellen, realisieren (können). Der erregende Reiz bei der Pädophilie ist der kindliche Körper und seine (sexuell unreifen) Eigenschaften, die der sexuell unreifen Entwicklung des Pädophilen entspricht. Psychologisch gesehen ist die sexuelle Entwicklung des Pädophilen in den Phasen der individuellen und sozialen Rollendifferenzierung stehen geblieben (mangelnde Reflexionsfähigkeit, mangelnde Introspektionsfähigkeit; GEHLING 2011).

Die Sexualwissenschaft hat seit dem Ende des 19. Jahrhunderts gezeigt, dass es eine große kultureller Variabilität sexueller Normen und Gebräuche in Form von sexuellen Vorlieben, Praktiken, Partnerwahl etc. gibt. Dieses sexuelle Verhalten wird von den meisten Menschen nicht als abweichend erlebt und bewertet, da es nicht mit Problemen und Leidensdruck verbunden ist. Damit hat dieses Verhalten zunächst einmal auch keinen Krankheitswert und ist auch nicht therapiebedürftig. AHLERS (2010) hat dieses Verhalten sinnvollerweise als „Akzentuierungen der Sexualpräferenz“ bezeichnet. Es gibt verschiedene sexuelle Reizmuster, die 2 – 40% der Menschen o. B. zwar erregend finden, aber nicht ausleben.

Genauso wie es Persönlichkeitsmerkmale wie Intelligenz gibt, gibt es auch Merkmalsausprägungen des Sexuellen, die einen Teil der Persönlichkeit darstellt. Erst wenn die (sexuellen) Ausprägungen der Persönlichkeit so stark sind, dass sie für die betreffende Person und der Umgebung zu Problemen führen, Leidensdruck auslösen und selbst- oder fremdbeeinträchtigende Ausmaße annehmen, spricht man von einer gestörten und damit behandlungsbedürftigen Persönlichkeitsstörung (vgl. Fiedler, 2007).

Der normalvarianten „Akzentuierung der Sexualpräferenz“ steht somit die „Störung der Sexualpräferenz“ gegenüber.

In der Literatur (Überblick bei AHLERS, 2009, 2010) über die Häufigkeit und Ausprägung von der sexuellen Akzentuierung in der Allgemeinbevölkerung erbrachten bei den aussagekräftigen großen Stichproben von 2,8% (transvestitischer Fetischismus), 4,1 % (Exhibitionismus) bis 11 % (Voyeurismus) Anteile der nicht ausgelebten akzentuierten Sexualpräferenz (z. B. Exhibitionismus, Voyeurismus). Zahlen über nicht ausgelebte, akzentuierte sexuelle Reizmuster bei M. m. B. fehlen.

Wir können davon ausgehen, dass M. m. B. aufgrund der fehlenden sozialen Kommunikationsfähigkeiten eben, anders als M. o. B., vermehrt die

akzentuierten Sexualpräferenzen ausleben und damit Störungen der Sexualpräferenz und damit auch sexuelle Störungen gegen die Selbstbestimmung anderer Personen entwickeln (vgl. GEHLING, 2011)! Störungen der Sexualpräferenz mit strafrechtlichen Folgen finden wir somit bei M. m. B. aufgrund der gestörten Entwicklung öfter als bei M. ohne B.

Nach meinen Erfahrungen und fallbezogenen Schätzungen sind über 35 % der M. m. B. bisexuell und, je nach sexuellem Reizmuster 5 - 50 % paraphil (alle Formen). Damit wären M. m. B. nur leicht paraphiler als M. o. B. Eklatante Unterschiede finden wir aber in dem Ausleben der Paraphilien (siehe unten). Hier sei schon vorweggenommen: *Was M. m. B. erregt, leben sie auch aus.*

Bei einer selektierten Gruppe von Sexualstraftätern betrug der Anteil von Geistig – und Lernbehinderten etwa in der Untersuchung von BERNER, BRIKEN & HILL (2007) 12%. Menschen mit einer schweren Behinderung sind bei den Paraphilien Fetischismus und Frotteurismus besonders häufig, häufiger als bei M. o. B. vertreten. Menschen mit mittelschwerer oder schwerer geistiger Behinderung zeigen nach meiner fallbezogenen Schätzung bis zu 50 % paraphiles Verhalten. Süchtiges Sexualverhalten, wie bspw. süchtiges Onanieren, habe ich bei den M. m. B. selten beobachtet, wenn, dann war es exzessiv. Generell ist das Sexualverhalten von M. m. B. weniger stark ausgeprägt als bei M. ohne B. M. m. B. bilden sicherlich auch eine - statistisch gesehen – ausgewählten Gruppe.

Die pauschale Behauptung „Behinderung = größere Triebhaftigkeit“ lässt sich empirisch nicht belegen (vgl. GEHLING 2011).

Bestimmte Störungen können Paraphilien bzw. sex. Übergriffe wahrscheinlicher machen. Es werden – nach der Wichtigkeit aufgezählt - Impulskontrollstörungen, ADHS, Sucht, Angst – und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und geistige Behinderung sowie Dissozialität als Teil einer Lernbehinderung genannt (HOYER & KUNST, 2004; BERNER, BRIKEN & HILL, 2007; GEHLING, 2011).

Menschen mit einer Schizophrenie werden durch eine akute Psychose sozial aktiviert und dann sexuell übergriffig, da sie zwar schon vor einer akuten Psychose wenig Sozialkompetenz besaßen, aber durch den reduzierten Antrieb ein geringes sex. Störungspotential entwickeln. Erst durch die psychotische „Energie“ wird diese mangelnde Sozialkompetenz zum Problem. Die sex. Grenzverletzung ist aber eher als ein sich im Sexuellen zeigendes Sozialversagen und somit mehr als eine Verletzung der sozialen Distanz zu interpretieren (siehe auch im weiteren Text)!

Statistisch, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, kann davon ausgegangen werden, dass Schizophrenie oder geistige Behinderung allein das Risiko, ein

Sexualdelikt zu begehen, eher nicht erhöht (GEHLING 2011), wenn, nur in Verbindung mit einer ausgelebten, problematischen Paraphilie.

Allerdings können diese komorbiden (zusätzlichen) Störungen zur perversen Symptombildungen führen, die sex. Abweichungen also verschlimmern.

Die Diagnostik von sexuellen Orientierungsstörungen – hier die Pädophilie - ist schwierig. Die Literaturlage ist nicht eindeutig, Forschungsergebnisse sind noch mit Skepsis zu betrachten (vgl. BEIER 2005; AHLERS 2010; Gehling 2011; GEHIRN & GEIST,5, 2012).

Nicht jeder, der ein Kind sexuell missbraucht, ist zwangsläufig pädophil. Auch Männer, die an sich erwachsene Sexualpartner bevorzugen, können Kinder missbrauchen, wenn ihnen altersgemäße Kontakte fehlen – die Betroffenen gelten als so genannte Ersatz- oder Gelegenheitstäter. Das gilt besonders für Menschen m. B. und ihren eingeschränkten sozialen Kontakten. Kanadische Sexualwissenschaftler berichteten 2001, dass nur etwa die Hälfte derer, die zum ersten Mal wegen Kindesmissbrauchs verurteilt werden, tatsächlich pädophil ist. Da gilt umso mehr für M. m. B., die oft keine eindeutige Sexualpräferenz entwickeln konnten (GEHLING 2011).

In Deutschland schätzt der Sexualmediziner Klaus Beier von der Berliner Charité die Zahl Pädophiler auf rund 220.000. Diese Zahl wurde im Rahmen eines gemeinsamen Therapieprojekts von Charité und Kieler Universitätsklinikum erhoben. Das Projekt bietet Menschen mit sexuellem Interesse an Kindern die Möglichkeit zu einer kostenlosen, anonymen Therapie. Die aktuellen Erfolgsdaten (Stand 2021) dieser Vorgehensweisen lassen keine Begeisterung zu.

Täter, die sexuell nur Kinder bevorzugen - Menschen mit einer strukturellen Pädophilie - und Täter ohne eine strukturelle Pädophilie, die Kinder als Ersatzpartner wählen, werden unterschiedlich therapiert. Bei den Ersatztätern zielt die Behandlung u. a. darauf, die Kontakte zu erwachsenen Frauen (oder Männern) zu verbessern.

Diese Therapiemethode würde bei (echten) Pädophilen ins Leere laufen. Mit ihnen erarbeiten Therapeuten stattdessen Verhaltensregeln, die Kontakte zu Kindern vermeiden helfen. Unter Umständen werden auch Medikamente verschrieben, die den Sexualtrieb dämpfen (zur VT von M. m. B. siehe Kap.). Diese Methode wird im Kern auch bei M. m. B. und Pädophilie angewandt, aber dazu mehr im weiteren Text. Eine sexuell-strukturelle Präferenz kann therapeutisch nicht „überschrieben“ werden. Alle „alternativen“ Methoden sind Quatsch.

Im **DSM IV-TR** (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) und in der Literatur (GEHLING, 2012) werden folgende Leitlinien und diagnostische Kriterien beschrieben:

- Die sexuelle Orientierung, ob gleich-, beid- oder gegengeschlechtlich ist zunächst nicht als Krankheit oder Störung, sondern als mögliche Variation menschlicher Sexualität aufzufassen. Sie ist, einmal entwickelt, nicht veränderbar.
- Es kann jedoch zu einer konflikthaften „Störung der sexuellen Orientierung“ kommen, die einen Leidensdruck erzeugt.
- Manche sexuellen Neigungen erscheinen evtl. sonderbar, sind aber tatsächlich harmlos und gewöhnlich. Fazit: Normen und Maßstäbe sind notwendig.
- Allerdings gibt es auch Neigungen, die sehr gefährlich sind oder auf andere Art Anlass zur Besorgnis sein sollten.
- Paraphilien: Intensive, wiederkehrende, dranghafte Phantasien und Verhaltensweisen beziehen sich auf ungewöhnliche Objekte, Situationen und Personen und verursachen Leid und Beeinträchtigungen in allen wichtigen Lebensbereichen.
- Je mehr Partnerbezogenheit, desto abweichender und gefährlicher!
- DSM: Paraphilien. ICD: Störungen der Sexualpräferenz. Kriterien:
 - Gewisse Intensität,
 - Dauer über mindestens 6 Monate,
 - Impulshaftigkeit des Handelns oder
 - Leiden unter der Impulshaftigkeit.
- Die klinische Diagnose bleibt aus/sollte ausbleiben, wenn
 - die Vorlieben mit Zufriedenheit ausgelebt werden und
 - negative Folgen ausbleiben,
 - was in der Regel gilt für Oral- und Analverkehr und deren Variationen, Fetischismus, Transvestitismus, sexueller Masochismus.

- Folgende Leiden werden im Allgemeinen genannt:
 - Schuldgefühle,
 - Scham,
 - Depression.
 - Bei Menschen m. B. habe ich die ersten beiden Leiden selten erlebt. Oft Ärger, dass sie in der Ausübung der Paraphilie gestört wurden. Der Therapeut wird dann wesentlich stärker zum Sündenbock als bei M. o. B.

- Nach DSM IV-TR wird bei:
 - Pädophilie
 - Voyeurismus
 - Exhibitionismus
 - Frotteurismus und
 - sexuellem Sadismus

- die Diagnose nur dann gestellt, wenn
 - das dranghafte Bedürfnis bereits ausgelebt wurde oder
 - das Bedürfnis zu deutlichem Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führt.

- Delinquenz (sex. Abweichung, die strafrechtlich bedeutsam ist) liegt vor bei:
 - Zwangsausübung
 - Ausnutzung
 - Erniedrigung
 - Einschränkung von Freiheitsrechten
 - Was aber nicht notwendigerweise mit einer psychischen Störung verbunden ist.

- **Paraphilien, die häufig bei M. m. B. vorliegen:**
 - Fetischismus
 - Exhibitionismus (problematisch)
 - Voyeurismus
 - Pädophilie (sehr problematisch)

- Frotteurismus (sehr problematisch).
- Die Pädophilie nach DSM IV-TR:
 - Sexuell dranghafte Phantasien, Bedürfnisse, Verhaltensweisen oder sexuelle Handlungen über ein Zeitraum von 6 Monaten mit einem präpubertären Kind oder Kindern; 13 Jahre oder jünger.
 - Das Bedürfnis wurde ausgelebt oder verursacht Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.
 - Die Person ist mindestens 16 Jahre und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder.
 - DSM-IV-TR: Bestimmt werden muß ob:
 - Sexuell orientiert auf Jungen.
 - Sexuell orientiert auf Mädchen.
 - Sexuell orientiert auf Jungen und Mädchen.
 - Beschränkt auf Inzest.
 - Nur auf Kinder orientiert.
 - Nicht nur auf Kinder orientiert.
 - Ausnahme: Jugendliche, die sich in einer fortdauernden sexuellen Beziehung mit einem 12-13jährigen Partner befinden.
 - DSM-IV-TR: Weitere Beschreibungen:
 - Pädophile, die sich von Mädchen angezogen fühlen, bevorzugen gewöhnlich 8-10jährige.
 - Pädophile, die sich von Jungen angezogen fühlen, präferieren eher leicht ältere Kinder.
 - Pädophile, die Mädchen bevorzugen werden öfter angezeigt als Täter mit männlichen Opfern.
 - Verschiedene Sexual – Mißbrauchspraktiken (von Streicheln bis zum Eindringen).

- Anwendung unterschiedlichster Arten und Maßen von Gewalt. Oft werden Kinder bedroht, nichts zu sagen.
- Ich-syntone (bei sich integrierte) Erlebnisse der Pädophilie erzeugen kein Leiden. Deshalb ist ein damit verbundenes Leidensgefühl nicht erforderlich!
- Typische Ausreden und Bagatellisierungen wie „erzieherischer Wert“ oder „das Kind hat das provoziert“ (**nicht bis sehr selten bei M. m. B.**). Sie sagen eher „Ich mag Kinder“ oder „Ich helfe ihnen“).
- Methoden, um an Kinder zu kommen: „freundliche“ Kontakte, Pflegekinder (besonders aus Entwicklungsländern), Frauen mit Kindern heiraten.
- Eingehen auf die Bedürfnisse der Kinder nicht bei Sadismus.
- Die Störung beginnt gewöhnlich in der Adoleszenz, manchmal auch im mittleren Alter.
- Der Verlauf der P. ist chronisch, besonders bei Jungen als Opfer.
- Die Rückfallgefährdung ist bei Jungen als Opfer doppelt so hoch wie bei Mädchen als Opfer.

- **Besonderheiten bei M. m. B. und Pädophilie:**

- Kinder sind oft jünger, auch weil erwartet wird, dass sie weniger weitersagen können als ältere Opfer, und sie sind besser zu kontrollieren ((Ausnahme: Paraphilien (z. B. Frotteurismus) bei M. mit geistiger Behinderung mittleren Grades)). Manche Taten ähneln „Doktorspiele“.
- Häufiger sind beide Geschlechter als Opfer vertreten.

- Weniger „freundliche Kontakte“ als Methode, Kontakte oft zufällig.
- Meine Erfahrung: *weniger Gewaltanwendung*.
- Wegen der fehlenden sozialen Fähigkeiten weniger Eingehen auf die Bedürfnisse der Kinder.
- Sehr oft kommt die Begründung: „Ich beschütze die Kinder“.
- Sehr selten: „Die Kinder sind schuld.“ Weniger Entschuldigungen.
- Öfter als bei M. o. B. werden Gegenstände eingeführt.
- M. m. B. haben oft kein Unrechtsbewußtsein, sie wissen nicht, dass der Umgang mit Kindern verboten ist.
- Das pädophil-sexuelle Gefühl wird nicht als fremd, sondern als zu sich gehörig (Ich-synton) empfunden.

Paraphilien kommen bei Frauen kaum vor. Nur im Bereich des Sadomasochismus (keine Paraphilie) gibt es Gemeinsamkeiten mit Männern. Das hat, nur hypothetisch gesehen, evolutionäre Gründe (vgl. GEHLING 2011). Vermutlich entstehen bei Männern eher im Sexuellen Störungen, bei Frauen finden sich Störungen im Bereich der Fortpflanzung in Form von Scheinschwangerschaften, Kindsablehnung oder Kindstötung nach der Geburt.

Die diagnostisch klinisch-praktische Unterscheidung verschiedener sexueller Präferenzstörungen ist schwierig, da sowohl Ersttäter als auch schon verurteilte Täter häufig die sexuelle Ausrichtung oft geschickt verdecken oder auch glaubhaft leugnen.

Ein unverfälschtes Ergebnis kann nur ein Verfahren bringen, das die sexuelle Orientierung objektiv misst. Zu diesem Zweck entwickelten Forscher drei Verfahren. Sie basieren alle auf dem gleichen Prinzip: Wissenschaftler präsentieren den Probanden Bilder von Kindern und Erwachsenen und erfassen verschiedene Arten von Reaktionen durch:

1. Veränderungen des Penis (Umfang und Größe; Phallometrie). Die Phallometrie verletzt die Intimsphäre der Beschuldigten bzw. Probanden und ist anfällig für Manipulationen.

2. Das zweite Verfahren, ein Reaktionstest, nutzt die begrenzte Verarbeitungskapazität des Gehirns und unsere Ablenkbarkeit durch sexuelle Reize. Der Proband hat die Aufgabe, einen roten Punkt auf einem Nacktbild so schnell wie möglich zu lokalisieren. In aller Regel brauchen Teilnehmer für diese Aufgabe einige Millisekunden länger, wenn auf dem Bild eine Person abgebildet ist, die sie sexuell attraktiv finden. Auf dieser Weise sollen sich Männer, die des Kindesmissbrauchs überführt wurden, sehr gut von anderen Straftätern unterscheiden. Manipulationsversuche sind schwieriger, da diese durch besonders lange Reaktionszeiten auffallen.

3. MRT-Studien (funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT)).

Weltweit existieren bisher nur neun MRT-Studien mit pädophilen Männern, acht davon stammen aus Deutschland. Diese Entwicklung erlaubt es heutzutage, sexuelle Präferenzen genau dort zu messen, wo sie entstehen – im Gehirn. Die Methode macht die Aktivität im menschlichen Denkorgan in Form von dreidimensionalen Bildern sichtbar. Eine kurze Darbietung von Nacktbildern löste bei den Probanden immer dann eine Aktivität im Belohnungssystem und in Teilen der motorischen Hirnrinde aus, wenn die abgebildeten Genitalien der sexuellen Orientierung der Probanden entsprachen.

Studien der Uni Essen zeigten schon 2007, dass auch bei Pädophilen Teile des Belohnungssystems durch Nacktbilder von Kindern stärker aktiviert werden als durch Bilder von Erwachsenen. Insbesondere im Nucleus caudatus und in der Substantia nigra zeigten sich sowohl bei homosexuell als auch heterosexuell veranlagten *Pädophilen Aktivierungsunterschiede (Neurone im Belohnungssystem werden aktiv)*. (Siehe weitere Studien der Uni Essen und im Internet)

Weiteren fMRT-Studien zufolge kommt es auch auf andere Hirnbereiche an; dennoch lassen sich die meisten Untersuchungen recht gut auf einen Nenner bringen: Entspricht ein Bild der sexuellen Präferenz des Betrachters, feuern vermehrt Neurone im Belohnungssystem – ganz gleich ob der Untersuchte heterosexuell, homosexuell oder pädophil ist.

Vor Gericht sind diese Methoden noch nicht zugelassen, ein Einsatz in Therapie oder Forschung setzt stets die Zustimmung der Untersuchten voraus.

3. Welche Ursachen werden für Pädophilie vermutet?

Schon der Psychiater Richard von Krafft-Ebing, der 1886 den Begriff der Pädophilie prägte, vermutete eine biologische Ursache hinter der Störung. Allerdings ergaben zahlreiche Hormonuntersuchungen bei pädophilen Männern keine eindeutigen Schlüsse. Zwillings- oder molekulargenetische Studien, welche die Frage der Vererbung klären könnten, gibt es bislang nicht.

Immerhin hat man eine Reihe von Merkmalen nachgewiesen, die bei Pädophilen gehäuft auftreten: Unter anderem haben die Betroffenen im Vergleich zu gesunden Männern in ihrer Kindheit doppelt so oft Kopfverletzungen erlitten. Sie sind dreimal häufiger linkshändig, ihr IQ ist im Schnitt leicht vermindert, sie sind sowohl impulsiver als auch weniger empathisch und wurden in ihrer Kindheit häufiger sexuell missbraucht. Inwieweit diese Faktoren zur Entstehung von Pädophilie beitragen, ist noch unklar. Beispielsweise können alle Merkmale auch bei Frauen vorliegen – doch bei ihnen ist Pädophilie äußerst selten.

Jenseits der Frage nach der genauen Lokalisierung lässt sich die Hirnaktivität aber auch als Ganzes untersuchen. Ist es denkbar, Pädophile von Gesunden anhand der Aktivität des gesamten Gehirns zuverlässig zu unterscheiden? Ebdies gelang Anfang 2012 mit erstaunlicher Genauigkeit. Bei der Studie im fMRT-Labor der Uni Kiel täuschten sich die Forscher nur bei drei der 24 untersuchten Pädophilen und hielten sie fälschlicherweise für nicht pädophil. An sämtlichen Gehirnen der 35 gesunden Kontrollprobanden erkannten sie richtigerweise, dass diese sexuell nicht an Kindern interessiert waren.

Die Ergebnisse sollten nicht vorschnell verallgemeinert werden, denn die pädophilen Teilnehmer gaben ihre Vorlieben unumwunden zu, wollten ihr Resultat also nicht manipulieren.

Für die praktische Anwendung stellt sich aber noch eine andere Frage, die alle drei Verfahren zur objektiven Messung sexueller Präferenzen gleichermaßen betrifft: Dürfen Wissenschaftler Neigungen von Menschen ausspähen, ohne dass die Betroffenen darüber die Kontrolle haben? Darauf können nur zukünftige rechtliche Bewertungen eine Antwort geben.

4. Persönlichkeit und Paraphilie

Welche Persönlichkeit haben M. m. Paraphilie? Haben sie vermehrt psychische Störungen? Sind sie ängstlich, ungesellig, weniger offen, unverträglich oder unzuverlässig? Es ist unstrittig, dass sexuelle Präferenzstörungen auch häufig andere Verhaltensstörungen zeigen. Gibt es dafür Persönlichkeitsfaktoren?

In der Persönlichkeitspsychologie wurden empirisch (besonders durch Fragebögen) 5 wichtige Persönlichkeitsfaktoren gefunden (5-Faktorenmodell), die diese Merkmale beinhalten. AHLERS (2010) untersuchte innerhalb der „Berliner Männerstudie“ den Zusammenhang zwischen **Akzentuierung der**

Sexualpräferenz (nicht ausgelebte Paraphilien, ASP) und dem Fünf-Faktorenmodell der Persönlichkeit (Berliner Männer zwischen 40 und 79 Jahren o. B.; N=466):

Die 5 Persönlichkeitsfaktoren:

- Neurotizismus (z.B. Nervosität, Ängstlichkeit, Unsicherheit)
- Extraversion (z.B. Geselligkeit, Gesprächigkeit, Aufgeschlossenheit)
- Offenheit für Erfahrungen (z.B. Wissbegierde, Kreativität, Phantasie)
- Verträglichkeit (z.B. Selbstlosigkeit, Verständnis, Mitgefühl)
- Gewissenhaftigkeit (z.B. Zuverlässigkeit, Ordentlichkeit, Pünktlichkeit).

ASP:

Transvestitischer Fetischismus, **Fetischismus**, Masochismus, Sadismus, **Voyeurismus**, **Exhibitionismus**, **Frotteurismus**, **Pädophilie** (die fettgedruckten Paraphilien finden wir häufig bei M. m. B.).

Ergebnisse: Welche Zusammenhänge gab es zwischen Persönlichkeitsfaktoren und nicht ausgelebten Paraphilien?

Häufigkeiten:

Häufigkeiten (der nicht ausgelebten) ASP von 2 % bis ca. 40 %:

– ASP Voyeurismus: 39,91%, ASP Fetischismus: 33,91 %,

ASP Hebephilie (♀, sexuelle Ansprechbarkeit für weibliche Jugendliche): 33,48 %, ASP Sadismus: 23,61 %,

ASP Masochismus: 18,88 %, ASP Frotteurismus: 15,45 % etc.

Nicht zufällige (statistisch signifikante) Zusammenhänge:

- für 6 von 13 ASP konnten signifikante Zusammenhänge mit bestimmten Persönlichkeitsfaktoren nachgewiesen werden:
- 4 von diesen 6 ASP (für die ein Zusammenhang mit Persönlichkeitsfaktoren gefunden wurde) würden ausgelebt eine Sexualstraftat darstellen!
- Beim Übergang von nichtausgelebten zu ausgelebten Paraphilien (hands-off zu hands-on Delikten) fand AHLERS beim Frotteurismus die stärkste Persönlichkeitsakzentuierung mit 4 von 5 Faktoren, die M. m. Frotteurismus waren also am auffälligsten.

- Grundmuster: je potentiell fremdgefährdender ein ASP, desto tendenziell mehr Ausprägungen von Persönlichkeitsfaktoren.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

- M. m. einer transvestitisch-fetischistische ASP sind gesellig und aufgeschlossen. Darauf ist das Verhalten auch ausgelegt. Sie sind jedoch auch sozial schlecht verträglich. Auch das ist aufgrund des Verhaltens nachvollziehbar.
- M. m. einer masochistischen ASP sind überdurchschnittlich neurotisch und wenig gewissenhaft.
- M. m. einer sadistischen ASP sind überdurchschnittlich neurotisch und wenig gewissenhaft sowie sehr offen.
- M. m. einer voyeuristischen ASP sind überdurchschnittlich neurotisch und unterdurchschnittlich gewissenhaft.
- M. m. einer frotteuristischen ASP sind hoch signifikant neurotisch, offen und sehr ungesellig sowie verschlossen und sozial unverträglich, was aus der Störung erklärbar ist.

Überraschend: Für die fetischistische, exhibitionistische, **pädophile** (Jungen und Mädchen) und ephebophile Akzentuierung (auf Jugendliche) der Sexualpräferenz (ASP) sowie für außergewöhnliche sexuelle Praktiken und außergewöhnliche Partner finden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zu den definierten 5 Persönlichkeitsfaktoren. M. m. Pädophilie zeigen also in dieser Untersuchung kein auffälliges Verhalten, außer der Pädophilie.

AHLERS (2010) fand für außergewöhnliche sexuelle Praktiken und außergewöhnliche Partner keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zu den definierten 5-Persönlichkeitsfaktoren.

AHLERS (2010) schlussfolgert:

„Da einige Akzentuierungen der Sexualpräferenz (ASP) so verbreitet sind (die gefundenen Häufigkeiten reichen von knapp 2 % bis knapp 40 %), könnte die Frage einer diesbezüglichen Normabweichung neu gestellt werden. Die gefundenen Zusammenhänge zwischen einigen ASP und den untersuchten Merkmalen des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit, lassen ein Grundmuster erkennen, demzufolge vor allem Männer mit potentiell

fremdgefährdenden ASP Persönlichkeitsauffälligkeiten aufweisen; vier der sechs ASP, für die Zusammenhänge gefunden wurden, würden eine Sexualstraftat darstellen, wenn sie auf der soziosexuellen Verhaltensebene ausgelebt würden. Zudem sind bei diesen Männern jeweils auch mehr Persönlichkeitsmerkmale akzentuiert als bei denen mit nichtpotentiell fremdgefährdenden ASP“ (S. 95).

M. m. B. und ASP und M. o. B. und ASP: Ähnlichkeiten und Unterschiede

Decken sich diese Ergebnisse – Häufigkeiten und Zusammenhänge mit Persönlichkeitsfaktoren - mit meinen Erfahrungen bei M. m. B. und Paraphilien? Lassen sich die M. m. B. und ASP mit den M. o. B. (der Untersuchung) und ASP vergleichen?

Die Häufigkeiten der Paraphilien bei M. m. B. in den von mir genannten Einrichtungen sind – nur als Rangfolge skaliert – Pädophilie>Fetischismus>Exhibitionismus>Voyeurismus>Frotteurismus>außergeöhnliche sexuelle Praktiken.

Bei den M. mit B. fanden sich bei außergewöhnlichen sexuelle Praktiken nur: Einbeziehung von Kot und Urin, sowie Windeln (Rangfolge: Kot und Urin>Windeln). Man kann diskutieren, ob das bei M. m. einer geistigen Behinderung nicht selten vorkommende, als Regression begründete - und diagnostisch abgrenzbare - Kotschmierer nicht auch ein paraphiles Erregungsmuster widerspiegelt.

Andere sexuelle Erregungsmuster, die bei M. o. B. eine, wenn auch geringe, Rolle spielen wie Luftabschnüren oder Fesselungen habe ich nicht beobachten können.

- M. m. B. und einer transvestitisch-fetischistischen ASP sind sehr selten, ich habe nur einen kennengelernt, der das gleiche Verhalten wie M. o. B. und ASP zeigte. M. m. B. und Fetischismus gibt es häufig. Sie zeigen über ihre Behinderung hinaus keine spezifischen Persönlichkeitszüge bzw. Verhaltensstörungen.
- M. m. B. und einer voyeuristischen ASP haben überzufällig starke psychische neurotische Störungen, insbesondere Depressionen und Ängste. Sie sind sozial sehr auffällig und auch nicht gewissenhaft.
- M. m. B. und Frotteurismus sind wie M. o. B. stark neurotisch, ungesellig, verschlossen und sozial auffällig und sehr häufig nicht leicht, sondern mittelscher geistig behindert. M. m. B. und Frotteurismus sind deutlich stärker gestört als M. m. B. und andere ASP und bilden ein besonderes Problem.

- M. m. B. und Pädophilie sind oft depressiv und wenig gewissenhaft, halten sich – meist im Zusammenhang mit der Paraphilie - nicht an Regeln.

M. m. B. und M. o. B. unterscheiden sich hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Akzentuierung der Sexualpräferenz und Persönlichkeitsfaktoren gering, aber doch wahrnehmbar voneinander. Zu vermuten ist, dass die Unterschiede der Behinderung geschuldet sind (vgl. GEHLING 2011).

> **Der größte Unterschied** besteht aber in der Tatsache, dass M. m. B. in den genannten Einrichtungen ihre Sexualpräferenz überzufällig oft ausleben, der Übergang zwischen hands-off und hands-on somit stattfindet! Das heißt: Wenn ein M. m. B. und Pädophilie aufgenommen wird, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass er seine Sexualpräferenz auslebt und andere Menschen gefährdet (GEHLING 2011). Fremdgefährdendes Potential haben besonders Pädophilie, Voyeurismus und Frotteurismus. Wenn ein M. m. B. und Pädophilie aufgenommen werden soll, ist diese Störungskonstellation inzwischen vermehrt ein Grund, ihn abzulehnen, weil die oben genannten Einrichtungen für M. m. B. weder über dafür ausgebildetes Personal, noch über Kontrollmöglichkeiten verfügen (siehe unten). Zudem gibt es kaum Therapeuten, die mit dieser Problematik Erfahrungen haben. Viele Therapeuten lehnen deshalb diese Klientel ab.

5. Wissenschaftstheoretische Aspekte des psychotherapeutischen bzw. praktischen Umgangs mit der Paraphilie

Wissenschaftstheorie untersucht, ob Hypothesen wahr sind bzw. gibt Methoden vor, wie diese überprüft werden können, wie Wissen zustande kommt und wie es kommuniziert, also z. B. veröffentlicht wird. Wenn wir Menschen m. B. verantwortungsvoll betreuen, begleiten, fortbilden oder behandeln wollen, sollten wir uns nicht nur notwendiges Wissen aneignen, sondern uns auch überlegen, ob dieses Wissen hinreichend gesichert ist, insbesondere, wenn es auf sozial-politischem Weg verbreitet wird. Einige folgende Überlegungen sollen uns dabei helfen, einen eigenen, reflektierten Standpunkt zu entwickeln. In Falldiskussionen ist eine gute Frage:“ Woher wissen Sie/wir das?“

Die heutige Psychotherapieforschung orientiert sich zunehmend, wie die Psychologie (und die Medizin sowieso), an Methoden der Naturwissenschaften (messbar, wiederholbar, erfahrbar, überprüfbar, intersubjektiv/objektiv, nicht einfach behaupten –

anhand von Daten nachvollziehbar beweisen, auf Methoden, Zahlen und Erfahrungen ausgerichtet und nicht auf den gerade herrschenden politischen Zeitgeist, diskursiv). Dieses Vorgehen nennen wir „Logischer Empirismus“. Die Ergebnisse sollen möglichst für alle Menschen gelten (das nennen wir „Kritischer Rationalismus“; bedeutendster Vertreter dieser Auffassung ist POPPER, siehe dazu auch GEHLING, 2011).

Die Wissenschaftstheorie sorgt dafür, dass nicht jede schöne, ungeprüfte Theorie, die über dem Catwalk der sozial-politischen Wünsche und der oft davon abgeleiteten behinderungspädagogischen Vorstellungen geschickt wird, wissenschaftlichen Erfolg hat (siehe GEHLING, 2013 a).

Die Vorgänger der Psychotherapeuten waren Heiler, Schamanen oder Medizinmänner. Sie kamen aus sehr alten Berufen. Deshalb gibt es auch noch heute einen gewissen Glaubensanteil in den Psychotherapieschulen. Oben aufgezählte naturwissenschaftliche Forderungen nach Begründbarkeit und vor allem der Wiederholbarkeit von Ergebnissen, ohne personenabhängig zu sein, sind nicht erfüllbar. Deshalb ist nach JAEGGI (2012) die theoretische Selbstreflexion auch in der Alltagspraxis besonders wichtig:“ Es gilt ja nur, den Blick zu schärfen auf die eigene Theorie und Praxis, indem man die in den Wissenschaften übliche Selbstreflexion einübt“ (S. 322). Diese bezieht sich auch auf die Frage, wie wir die Welt sehen (siehe Kap.). Daraus ergeben sich auch viele Widersprüche.

Hier liegt ein wichtiger Beitrag von Karl Marx. Das Denken in Widersprüchen und die Auffassung, dass die Realität, die unabhängig vom Menschen (und seinem Bewusstsein) existiert, aus Widersprüchen besteht (das nennen Hegel, auf den Marx sich bezieht und Marx „Dialektik“) ist ebenfalls ein interessanter Ansatz. Obwohl Marx die Psychologie des Menschen sträflich vernachlässigt hat (und deshalb auch mit seinen sozialpsychologischen Aussagen in der Praxis oft gescheitert ist), ist doch seine Schlussfolgerung richtig, dass sich die Menschen in Gesellschaften in einer permanenten Auseinandersetzung mit der Natur befinden, sie somit ständig damit beschäftigt sind, ihre natürlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Die weitere (Fort)Entwicklung der Realität ergibt sich aus Konflikten und Grundwidersprüchen (viele Menschen – wenig zu essen, aber auch: Liebe und Ablehnung). Alle diese Überlegungen

beschreiben auch die Schwierigkeiten bei einer Psychotherapie oder Begleitung von M. m. B. sehr treffend.

So besteht z. B. ein dialektischer Widerspruch zwischen der von der Teilhabekonzeption vorgesehenen oder verlangten Anpassung der Gesellschaft an den M. m. B. und den Widersprüchen der Gesellschaft (z. B. auch nach der notwendigen Anpassung des M. an die Gesellschaft), und es ist naiv anzunehmen, diese Anpassung der Gesellschaft an den M. m. B. würde sich quasi von selbst ergeben, sozusagen als „harmonisches Fortschreiten“. Dass zu den Grundwidersprüchen einer Gesellschaft auch Brüche (wirtschaftlich oder sozial) oder Rückentwicklungen entstehen, wird in diesem Konzept nicht gesehen oder in ihrer Wirkung bagatellisiert. Eine humane Gesellschaft kann und darf sich nie an eine massive Körperverletzung wie bei einer Pädophilie oder anderen antisozialen Störungen anpassen!

Das wäre für den tatsächlichen existierenden Verein von Pädophilen, die Straffreiheit für Sex mit Kindern fordern, das Paradies.

Die Möglichkeiten und Auswirkungen solcher (pädagogischen) Perversionen und deren Bagatellisierungen zeigen die letzten Jahre, in denen die Opfer aber zunehmend beginnen, sich zu wehren (GEHLING, 2011).

Wir erleben derartige Widersprüche auch ständig in Psychotherapien oder auch in der päd. Begleitung von M. m. B. Widersprüche spiegeln sich auch im Umgang mit den Paraphilien wieder und sind ebenfalls sehr unterschiedlich zu beurteilen. Ist die Paraphilie problematisch in Hinblick auf eine Schädigung anderer oder nicht? Das ist – wie kaum eine andere – ist die entscheidende Frage!

Diese Problematik gibt es aber bei Menschen mit anderen Störungen. Ein Beispiel: In den unterschiedlichsten Gesellschaften der Erde, von den Inuit bis zur Münchener Schickeria: überall wird ziemlich genau 1% der Menschen schizophran. Trotzdem geistert schon seit 50 Jahren die Theorie umher, psychische (oder auch andere) Behinderungen seien vor allem soziale Konstrukte, sie werden somit vom Körper abgekoppelt. Der Zeitgeist mag diese Theorien eine Zeitlang am Leben erhalten, sowie bspw. die Vorstellung in den 60 Jahren des letzten Jahrhunderts, die Mutter sei an der Schizophrenie schuld, die Realität (bestätigte Hypothesen

der Forschung) in Verbindung mit der Zeit schickt sie jedoch irgendwann dorthin, wo sie hingehören: Ins Theoriemuseum, wo auch die Vorstellung „Die Erde ist eine Scheibe“ abgelegt ist.

Manch falsche oder absurde Theorie wie z. B. „Die Erde ist eine Scheibe“ haben sehr lange überlebt, weil sie einen praktischen (psychologischen) Nutzen hatten: sie erklärten ohne Nachteile, wenn auch auf falscher Weise, die Welt und gaben dem Menschen eine Orientierung, ohne die er nicht leben kann. Durch das Durchsegeln der Welt während der Entdeckerzeit (Magellan, Kolumbus etc.) verschwand jedoch dieser Nutzen. Schiffe, die am Rand der Welt abstürzen, konnten keinen Gewinn bringen.

Die Literaturwissenschaftlerin und Philosophin Judith Butler und diesjährige Adorno-Preisträgerin (ein bedeutender Preis in der Soziologie; DIE ZEIT, 2012), des Biologismus unverdächtig, beschäftigte sich schon früh innerhalb ihrer Genderforschung (untersucht wird nicht die biologische, sondern die sozial-psychologische Seite eines Geschlechts) mit Sexualität, dem Begehren und Grenzen bzw. Grenzverletzungen aus philosophischer Sicht. Obwohl sie die Sexualität aus soziologischer Sicht zu Recht (auch, hinzugefügt vom Ref.) als soziale Konstruktion darstellt und evolutionäre oder medizinische Einflüsse wenig mit einbezieht, weist sie (inzwischen) darauf hin, dass der Körper von der (sozialwissenschaftlichen) Annahme befreit werden muß, er sei nur durch gesellschaftliche Vorstellungen konstruiert. Weiterhin ist sie der Auffassung, der Mensch sei grundsätzlich überall verletzlich, natürlich auch sexuell und keine Gesellschaftsform könne dies verhindern. Man könne deshalb kein Regelwerk für sex. Belästigungen aufstellen. HARMS, I.: was denkt diese Frau? DIE ZEIT, 6.9.2012, Nr. 37.

Die erste Auffassung halte ich für richtig, die Folgerung für falsch.

Bei den Behandlungen und Umgangsweisen mit Paraphilien ergeben sich somit auch wissenschaftstheoretisch begründete Einschränkungen. Diese erschließen sich aus der Tatsache, dass Psychotherapie von den gestellten Fragen und damit von den Weltbildern und Werten stark abhängig ist, wie oben bereits angedeutet wurde. Dies ist bedeutsam, weil sich in der Pluralität der Vorgehensweisen die Pluralität der Lebensweisen moderner, demokratischer und komplexer Gesellschaften widerspiegelt. Zudem ist Psychotherapie und ihre ganzheitliche Erforschung als

Grenzwissenschaft zwischen somatischen und sozialen Prozessen zu sehen.

Für die praktisch ausgeübte Verhaltenstherapie (Verhaltenstraining) ist die Theorie von POPPER zu wenig und oft buchstäblich unpraktisch. Im (klinischen) Alltag therapiert oder betreut man konkrete, individuelle Menschen und die erzählen ihre Geschichte (man nennt das idiosynkratisch und narrativ). Es herrscht somit stets eine Spannung zwischen generalisierten und idiosynkratischen Erkenntnissen. Auch ist die Auffassung von POPPER, es gäbe, auf die Psychotherapie bezogen, eine „endliche“ Menge von Alltagssituationen, die man irgendwann alle kenne, realitätsfern. Das würde Menschen zudem zu Versuchskaninchen machen.

Besonders die Neurobiologie hat inzwischen dazu beigetragen, herauszufinden, wann und wo eine Intervention erfolgen sollte. Hier sind für die Therapie oder auch Betreuung von M. m. B. die Prozesse bei der physikalisch-biologischen Gedächtnisbildung interessant. Bei sex. Missbrauch oder anderen traumatischen Stresssituationen habe ich z.B. oft erlebt, dass vorschnell interveniert und den Betroffenen Gespräche, zum Teil stundenlang, aufgedrängt wurden. Ohne es zu wissen (besser eigentlich: ohne Wissen!), hatten die Betreuer damit das Trauma wie etwa Englisch eingeübt, die Opfer erinnerten sich später umso besser daran! Das liegt daran, dass der Mensch über Selbstheilungskräfte verfügt und zunächst das Gedächtnis (molekulargenetisch) versucht, das Geschehene einzukapseln und damit unschädlich zu machen (eine alte Ärzteregele sagt weise: „primun non nocere“, „zuerst einmal nicht schaden“). Die Betreuer hatten durch ihre „Intervention“ die Selbstheilungskräfte des M. m. B. unterminiert. Ein Traumatherapeut hätte dem M. m. B. versichert, dass in der Gegenwart alles in Ordnung ist – und zunächst nicht nach dem Trauma gefragt.

Braucht ein Mensch - ein Gegenbeispiel - aber Trost oder erinnert sich bewusst (und vom Gedächtnis freigegeben) an Traumatisches, so kann im Gespräch darauf eingegangen werden.

Neurobiologisches, psychiatrisches und psychologisches Wissen vermitteln die notwendigen Interventionsstrategien: Hier bremsen oder blockieren, abwarten und einfach da sein, nur begleiten und beobachten, in anderen Situationen aktiv unterstützen, den Abbau begünstigen oder direkt intervenieren (siehe dazu: ZOHAR, J.:

Obsessive Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice. Wiley-Blackwell. New-York-Hoboken. 2012). Allerdings sind wir noch weit davon entfernt, genügend Wissen für die Psychotherapie zu haben!

Auf jeden Fall hat der MA die Pflicht, sich das Wissen anzueignen und/oder Fachleute für die Beratung anzufordern.

Der Referent stimmt der wissenschaftlichen Psychotherapie zwar grundsätzlich zu, doch sollte sich der MA, der M. m. B. arbeitet, nicht damit begnügen. Es besteht m. E. zwischen Forschung und Praxis zwar eine Spannung, aber eine, die mit Gewinn für die Praxis nutzbar ist. Wie wir noch sehen werden, hat der Referent so manche therapeutische Regel und Vorgehensweise nur aufgrund psychologischer und praktischer Überlegungen, die sich aus der Störung ergaben, in die Praxis eingeführt. Die reale soziale Situation hat dann, oft erst nach Jahren, über die Wirksamkeit Aufschluß ergeben (zur weiteren Diskussion zum Verhältnis Forschung-Psychotherapie siehe LEUZINGER-BOHLEBER: Ergänzende Überlegungen aus der psychoanalytischen Forschung & Praxis. Psychotherapeutenjournal 3/2012, 224-226). Trotzdem hat der Referent auch viele Anregungen aus Forschungsberichten erfahren und kann diese Lektüre Therapeuten nur empfehlen (sie gelten allgemein nicht gerade als eifrige Leser von Forschungsarbeiten).

Dazu zählt auch der neue Ansatz der „Personalisierten Medizin“, der gewinnbringend auf die Psychotherapie übertragen werden kann (Überblick bei KLUCKEN, 2013). Dieser Ansatz verbindet naturwissenschaftliche Erkenntnisse (Diagnostische Untersuchungen) mit den behandlungsrelevanten individuellen Merkmale eines Menschen.

Diese mehr praktische Vorgehensweise hatte sich zwangsläufig ergeben, als ich vor über dreißig Jahren feststellen mußte, dass es keine (!) Forschungen zu M. m. geistiger B. oder Lernbehinderung und Pädophilie gab. Einer der damaligen Experten, ein bekannter Sexualforscher, schrieb mir seinerzeit sehr ehrlich auf meine Anfrage:“ Symptomkontrolle, mehr fällt mir nicht ein.“ Er schlug also das Übliche – Kontrolle, dass das pädophile Verhalten nicht umgesetzt wurde - vor. Daraus erklärt sich das folgende therapeutische setting und die Verhaltensregeln, die ich entwickelt habe.

Mein Ansatz war (und ist) sehr pragmatisch, immer mit Blick auf neue Forschungsergebnisse, wenn sie zur Verfügung standen!

Wissenschaftstheroretisch interessante Erfahrungen aus meinen VT mit Menschen mit einer Lernbehinderung/geistigen Behinderung und einer Paraphilie:

- Da die Explorationsfähigkeit und generell die Verbalisationsfähigkeit eingeschränkt ist, konzentriere dich besonders auf externe Daten.
- Die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten machen Lügen und Verdrehungen weniger möglich. Verhaltensregeln zu etablieren wird wichtiger als das Analysieren der psychologischen Hintergründe: Weniger Verhaltensanalyse, mehr Symptomkontrolle. Kontrolliere nicht die Person, sondern die Situation, sein Arbeitsplatz und dort, wo er wohnt.
- Erwarte noch weniger Einsicht als bei M. o. B.
- Bilde keine vorschnellen Hypothesen.

6. Wie sehen wir die Welt?

Menschen müssen aus einer Vielzahl von Reizen und Informationen auswählen, da sie alle zusammen nicht gleichzeitig bearbeiten können (selektive Wahrnehmung). Unser Gehirn ist darauf vorbereitet (TREUE, 2012; GEHLING, 2012). Bei Menschen mit Behinderungen ist gerade die selektive Wahrnehmung gestört, es entsteht Stress. Es ist deshalb von großer Wichtigkeit, darüber nachzudenken, wie wir Informationen, die wahrgenommene komplexe Realität, richtig deuten können. Dieses Bedeutungsvermögen von Reizen ist abhängig von den Prozessen der Wahrnehmung (Empfinden, Wahrnehmen, Klassifizieren, Muster deuten), die durch evolutionäre Faktoren beeinflusst werden. Das Gehirn versucht, in der Reizvielfalt Ordnung zu schaffen. Z. B. dadurch, dass Signale, die eng zusammen auftreten, als geschlossen oder als Muster interpretiert werden (Gesetz der Nähe). Deshalb fällt es Menschen oft so schwer, die visuelle Wahrnehmung „Vorurteil“ zu korrigieren. Wir alle kennen die Kippfiguren, die eine Wahrnehmungsverzerrung oder mehrere Deutungsmöglichkeiten zugleich beinhalten, wie die Treppe, die immer aufsteigt und trotzdem nach unten geht. Das gilt auch für die sexuelle Wahrnehmung. Deshalb ist es u.a. so schwer, sich auch sexuellen Vorlieben, wie hier die Paraphilie zu lösen.

6. Behandlungskonzepte bei M. mit Paraphilie (Pädophilie)

Der Kern der therapeutischen Herausforderung liegt daran, dass alleine Abstinenz durch Verbot und Kontrolle nicht ausreicht. Die Befriedigung der Sexualität durch Schädigung anderer (Grundbedürfnis nach pädophilem Sex) ist ausgeschlossen. Die Trauer, die durch mangelnde Akzeptanz und durch die Verachtung der Gesellschaft entsteht, muß begleitet werden, und es müssen soziale Verbindungen geknüpft werden, bei denen die sex. Störungen, die ausgelebte Präferenz, losgelassen werden kann. Das ist praktisch ein lebenslanger Prozess. Depressionen sind jedoch bei M. m. B. eher Folge der geistigen Behinderung. Die Verachtung der Gesellschaft ist ihnen, im Gegensatz zu den M. o. B. und Pädophilie, selten bewusst und spielt eine geringe Rolle.

Wir sind als Beziehungswesen auf eine soziale Reaktion angewiesen, auch im Sexuellen. Durch eine Paraphilie entsteht oft ein Missverständnis in der Interpretation des Verhaltens des Anderen. Was denken M. m. einer B. und einer P.? Beispiele:

Fallbeispiel 1: M. m. geistiger Behinderung (Herr X) und Exhibitionismus (starke Schamhemmung). 45 J. Arbeitet in einer WfbM und lebt in einer Wohnstätte. Regelmäßige exhibitionierte Durchbrüche an Orten, wo er Menschen erwarten kann, z. B. in der Nähe einer Schule.

Herr X denkt, wenn ich meinen Penis zeige, beachten mich die Kinder, vor denen habe ich keine Angst, die reagieren auf mich, dann muß an mir was dran sein, ich bin nicht der kleine gehemmte Behinderte, über den die Kinder lachen, ich fühle mich, endlich ist mein Panzer weg und ich kann doch mit ihnen was machen, ich traue mich was. Dass die Kinder mich in die Telefonzelle eingesperrt haben, ist doch lustig.

Eine Therapie lehnte die KK wegen der geistigen Behinderung ab, er wurde stattdessen mit Neuroleptika stark sediert. Exhibitionistische Durchbrüche gibt es nicht mehr. Herr X ist dazu nicht mehr in der Lage.

a) BPS (Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter)

Das BPS wird inzwischen in mehr als 50 Einrichtungen des Maßregel- und Strafvollzugs in fast allen Bundesländern eingesetzt. Ich halte das Konzept für sehr durchdacht und auch außerhalb von JVA's anwendbar. Deshalb ist es hier ausführlicher dargestellt.

Es handelt sich um einen in ein Therapiekonzept eingebetteten Baustein zur Therapie von Sexualstraftätern. Das BPS besteht aus deliktunspezifischen und deliktstpezifischen Behandlungsteilen. So können am deliktunspezifischen Teil auch Straftäter teilnehmen, die ihre Tat (noch) nicht eingestehen. Das BPS kann auch mit Straftätern durchgeführt werden, die intelligenzgemindert sind. Deshalb hat es mich besonders interessiert. Ich halte den Konzeptgedanken, dass eine sex. Tat bzw.- Straftat der Endpunkt einer gewissen, auch störungsbedingten und fortschreitenden Kette von falschen Entscheidungen darstellt, für sehr praxisnah. Er sieht in der Vulnerabilität (Empfindlichkeit gegenüber Stress/Stresssituationen) einen entscheidenden Grund für die sexuelle abweichende Tat (Straftat).

Ich habe mit Teilen des BPS gute Erfahrungen gemacht, allerdings überfordern die kognitiven Anteile doch häufig die Menschen mit einer g. B. Weiterhin sind die Möglichkeiten des Empathietrainings, wie oben bereits erwähnt, bei M. m. einer g. B. begrenzt. Auch können Suchtprobleme, die häufig Straftaten auslösen, außerhalb der JVA wegen der freien Zugänglichkeit von Suchtmitteln schlechter behandelt werden.

Bei Straftätern, die ich nach der Haft weitertherapiert habe, war es dagegen ein vertrautes Programm, das den Anfang erleichterte.

Im Einzelnen:

- Deviante sexuelle Erregungen reduzieren /gedankliche Vorwegnahme von Tathandlungen vermeiden
- Selbstverpflichtung verbessern gegenüber einer Vermeidung der Rückfälligkeit
- Kognitive Verzerrungen, die Straffälligkeit unterstützen, reduzieren
- Begrenzte/unangemessene Reaktionen auf Stressreaktionen des Opfers reduzieren
- Impulsiven/antisozialen Lebensstil reduzieren
- An Schwierigkeiten arbeiten, persönliche Risikofaktoren zu reduzieren
- Schwierigkeiten abbauen, Bewältigungsstrategien für persönliche Risikofaktoren einsetzen

- Defizite in Problemlösungsfähigkeiten für Risikosituationen abbauen
- Soziale Unterstützung zur Begehung von Sexualstraftaten mit einbeziehen und

bearbeiten

- Geringe emotionale Kontrolle bearbeiten
- Emotionale Einsamkeit bearbeiten
- Geringe empathische Fähigkeiten bearbeiten
- Begrenzte oder unangemessene Fähigkeiten (Umgang mit Zurückweisung,
- Eifersucht usw.) bearbeiten
- Durch frühe Beziehungsmuster geprägte dysfunktionale Schemata (z.B. Misstrauen) bearbeiten
- Missbrauch von Drogen oder Alkohol behandeln

b) Spezifische Methoden der Verhaltenstherapie bei M. mit Paraphilie:

 Covert Sensitization. Gedanklich werden sexuelle Phantasien mit sehr unangenehmen Konsequenzen gekoppelt (z. B. Polizei einschalten, Inhaftierung). Nach meinen Erfahrungen ist diese Methode am effektivsten, sowohl bei Straftätern ohne Behinderung als auch bei M. mit einer g. B. Die Straftäter, die darauf nicht reagierten, haben sich als therapieunfähig gezeigt und waren/sind extrem rückfällig.

 Thematic shift. Paraphile Phantasien werden während der Masturbation durch normale ersetzt (z.B. erwachsene Frauen). Paraphile sind häufig nicht in der Lage, normale Phantasien zu entwickeln. Deshalb soll der Wechsel von dem (phantasierten) Kind zu der erwachsenen Frau erst kurz vor der Ejakulation vorgenommen werden. Dieser Zeitpunkt wird dann immer früher gesetzt und eingeübt. Bei Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer psychischen Behinderung ist Thematic shift anwendbar, bei Menschen mit einer g. B. zumeist nicht.

 Satiation. Das Ziel dieser Methode ist, paraphile Phantasien mit Langeweile zu koppeln und dabei zu masturbieren. Bei M. m. B. ist diese Methode unwirksam. Sie lernen, oft aus Langeweile zu masturbieren!

 Training sozialer Kompetenzen. Bei M. m. einer B. ein Muß! Bei M. o. B. liegen soziale Fähigkeiten öfter ausreichend vor.

 Therapie kognitiver Verzerrungen. Der Täter macht sich was vor („Die Kleine wollte ja auch“, „Ich liebe Kinder“, „Ich helfe den Kindern“. Die beiden letzten Verzerrungen habe ich oft bei M. m. B. gefunden. Sie sind bei M. m. B. nur schwer zu verändern. M. ohne B. geben oft an – im Sinne sozialer Erwünschbarkeit – keine

Verzerrungen mehr zu haben. Ich habe ihnen das selten abgenommen.



Empathietraining. Veränderung durch das Einfühlen in das Leid des Opfers. Bei M. ohne B. recht effektiv. Wegen der affektiven Verflachung, den Impulsdurchbrüchen und der mangelnden Selbstinspektion ist dieses Training bei M. m. B. nur selten erfolgreich.



Delikt – und Tatortanalyse. Aus meiner Sicht ein zentrales Element der Verhaltensanalyse, und zwar bei allen Paraphilien, ob behindert oder nicht. Wir erfahren nicht nur, wie groß der Wahrheitsgehalt der Schilderungen ist, sondern auch wie der Täter mit den mit den Fakten umgeht. Meine Erfahrungen damit sind sehr gut, bei allen Klienten. (vgl. auch HOYER & KUNST, 2004).



Effektivität der Verfahren. Insgesamt erbrachte eine Gesamtschau der Forschungsarbeiten zu diesem Thema von SCHMUCKER (2007), dass die hormonalen Behandlungsansätze (Medikation, die das Testosteron reduzieren, siehe weiter unten) am erfolgreichsten sind; dann folgen reine verhaltenstherapeutische Ansätze vor den kognitiven. Am schlechtesten und damit zumeist erfolglos schnitten einsichtsorientierte Ansätze und eine therapeutische Gemeinschaft ab.

c) Therapeutische Erfahrungen mit M. m. B. und Paraphilien, insbesondere Pädophilie

Nachfolgend berichte ich anhand von den Ergebnissen von Fallbesprechungen die Konzepte, Methoden und Regeln, die sich in meiner Praxis bewährt haben.

Die oben beschriebenen Konzepte wurden in den letzten Jahren mehr oder weniger in Werk – und Wohnstätten durchgeführt. Die in dieser Arbeit dargestellten Konzepte und Methoden wurden im Laufe der Jahre aus den oben aufgeführten Konzepten herausgefiltert. Was sich nicht bewährte, wurde verändert oder fallen gelassen und durch eigene, praktische Vorgehensweisen ersetzt. Diese Erfahrungen sollen sowohl dem psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten als auch dem päd. MA der Werk - und Wohnstätten eine Hilfe bei dem Umgang mit Paraphilien sein.

Wirksamkeitsforschung

Zur Beurteilung der Wirksamkeit sozialtherapeutischer Straftäterbehandlung liegen seit den 1970er Jahren zahlreiche Untersuchungen vor. Meta-Evaluationstudien ergaben einen moderaten Haupteffekt der Sozialtherapie in Höhe von 8 bis 14 % (z.B. weniger Rückfall im Vergleich zum Regelvollzug). Für Straftäter mit hoher Rückfallgefahr gilt die Sozialtherapie im Justizvollzug nach Ansicht von Experten als wesentliches Instrument zur Senkung von Rückfälligkeit. Der Erfolg einer sozialtherapeutischen Behandlung hängt in vielen Fällen jedoch nicht zuletzt von der Nachsorge entlassener Gefangener ab. Hier war in den letzten Jahren ein erfreulicher Anstieg zu verzeichnen (2009: 192 Personen; 2010: 216 Personen; 2011: 270 Personen).

Niemz, S.: Sozialtherapie im Strafvollzug 2011. Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.3.2011. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2011.

Folgende bewährte Prognose-Tests, zumeist Fremdbeurteilungsskalen, wurden durchgeführt:

- a) SVR = Sexual Violence Risk: Vorhersage von sex. Gewalttaten. Bereiche: Psychosoziale Anpassung, Sexualdelinquenz und Zukunftsplanung.
- b) HCR = Historical Clinical Risk 20: Vorhersage von Gewalttaten von psychisch Kranken.
- d) Static 99: Rückfall bei Sexualstraftätern. Hier wurde nur das Gefährdungspotential eingeschätzt.

Ergebnisse Risikofaktoren vorhanden – nicht vorhanden:

Vorhanden bzw. Einfluß negativer Faktoren:

- Seit Jugend auf pädophiles Begehren.
- Enechetische (unflexible) Persönlichkeit.
- Kognitive Verzerrungen: Bagatellisierungen und deliktfördernde Ansichten.

- Mit der Sexualität unzufrieden.
- „Ärgern mich alle“ (Kränkungsbereitschaft).
- Starke Beziehung zur Mutter (Ersatzfrau).

Nicht vorhanden bzw. Einfluß positiver Faktoren:

- Keine kriminelle Vorgeschichte.
- Kein kriminelles Verhalten.
- Kooperatives Verhalten. Sehr zugänglich.
- Möchte Hilfe.
- Stabiles psychosoziales Umwelt: Arbeitsstelle, Betreutes Wohnen.
- Viel Unterstützung möglich.
- Trotz geistiger Behinderung keine krankhafte Impulskontrollstörung.
- Kein trickreicher Blender.
- Kein manipulatives Verhalten.
- Z. Z. keine Langeweile (darauf achten!).
- Keine Promiskuität.
- Ansätze, die eigene (Pädophilie) zu hinterfragen.
- Sex. Präferenz auf Mädchen, nicht auf Jungen.
- Kein Suchtproblem.
- Keine antisozialen Anteile.
- Kein aktuelles Abreagieren eines inneren psychischen Druckes.
- Kein sadistisches oder parasitäres Verhalten.
- Eher fetischistische Phantasien.
- Keine polytrope Devianz (vielfältige Verhaltensabweichungen, diese sind überschaubar).
- Keine Gewaltphantasien, kein Wunsch nach Machtausübung.

- Die Pädophilie ist keine Ausweichhandlung (weil andere nicht zur Verfügung stehen).
- Pornografie als Stimulans, keine Kinderpornografie (überprüfen!)
- Zukunftsplanung möglicher Beziehungen.

Zusammenfassend kann nach der Gesamtabstschätzung und dem Verhältnis positive gegen negative Einflußfaktoren sowie durch die Einschätzung bei einer Gesamtskala von 6 (großes Risiko, beginnend bei 4) des STATIC 99 hinsichtlich des Rückfallrisikos sex. Übergriffe ein Wert von 1-2 – geringes Risiko – bestimmt werden.

8. Maßnahmen, Vorgehensweisen und Empfehlungen

Das Prinzip von therapeutischen Maßnahmen bei einer Pädophilie heißt nicht Heilung, sondern Kontrolle. Ich nehme deshalb ein **Fallbeispiel**:

Das Hauptziel bei Herrn X. sollte neben der Kontrolle sein, die Pädophilie als Teil seiner Person zu akzeptieren. Alle Maßnahmen müssen vorher mit Herrn X. besprochen werden. Er hat sich bereits damit einverstanden erklärt und sollte wegen der Tendenz schneller Meinungswechsel bei M. m. g. B. nicht stets neu diskutiert werden, zumal sich Pädophile nicht selbst bestimmen können. Bei Weigerung zur Kooperation ist die Entlassung zwingend. Eine Verletzung des Strafparagraphen § 176a StGB führt sofort zur gänzlichen Aufgabe von Betreuung und Behandlung (bei Herrn X. nicht zu erwarten). Zur weiteren Vorgehensweisen:

- Eine Verhaltenstherapie (VT) ist das Mittel der Wahl bei Paraphilien, auch bei M. m. B. Die wissenschaftliche Literaturlage ist eindeutig: Auch M. m. B. sind therapiefähig, wenn die VT mit besonderen Methoden von einem Psychotherapeuten mit Behindertenerfahrungen durchgeführt wird. Eine VT hat jedoch nur dann Sinn, wenn die unten angegebenen Maßnahmen vernetzt werden!

- Bei Herrn X. wäre ebenso eine Angewandte Verhaltenstherapie angebracht: Techniken nach Grundsätzen und Methoden der Verhaltensanalyse zum Aufbau angepasster, funktionaler Fähigkeiten und zum Abbau von Problemverhalten. Weiterhin wird in der VT die Vernetzung besprochen und geübt.
- Ist eine VT nicht möglich, sollte eine permanente sozialpädagogische/sexualpädagogische Beratung (mit Vernetzung aller Bereiche) nach den folgenden Empfehlungen und bewährten Methoden des Ref. zweimal in der Woche stattfinden. Herr X. benötigt auch dringend Beratung.
- Das bisherige Lebensmodell kann bestehen bleiben (Arbeiten, Wohnen, Bewegungswege). Das Modell hat sich nach den unten angegebenen Regeln zu organisieren.
- Auch Arbeitssituation erwachsen gestalten (WfbM).
- Ergotherapie, mehr Sport.
- Sexualpädagogische Beratung nach den Vorgaben der VT.
- Medikation. Er selber fühlte sich unter Medikation besser. SSRI, SSNRI (Serotoninwiederaufnahmehemmer) sind die Mittel der Wahl bei Paraphilien (gute Erfahrungen), keine Kombination mit Neuroleptika! Mit einem Psychiater besprechen (siehe Kapitel „Medikation – Erfahrungen aus der Praxis“).
- Generell: Symptomkontrolle (siehe unten).
- Wegen der oft vorliegenden engen Mutterbindung: Keine Betreuung (rechtlich etc.) durch die Mutter, da pathogene Übertragung und Verstärkung der regressiv bestimmten Paraphilie. Dabei spielt das Alter der Mutter von 92 Jahren keine Rolle (wegen der stets aktuellen, situativen Wirkung). Besuche: höchstens alle 4 Wochen, besser alle 6 Wochen.

Medikation – Erfahrungen aus der Praxis

Innerhalb der somatischen Behandlungsmethoden ist die früher durchgeführte operative Kastration fast vollständig von medikamentösen Behandlungsformen abgelöst (14, 27). Das in diesem Zusammenhang am häufigsten verwendete Cyproteronacetat

(Androcur®) hemmt die Wirkung der körpereigenen Hoden- und Nebennierenrindenandrogene an den androgensensiblen Rezeptoren (11). Die Wirkung ist nicht in allen Fällen gleich, wobei die verminderte sexuelle Ansprechbarkeit durch psychische Komponenten wieder aufgehoben werden kann. Bei entsprechend motivierten Patienten kann jedoch durch die medikamentöse Triebdämpfung zweifellos eine Besserung der Selbstkontrolle erreicht werden. Dies sollte aber stets von einer psychotherapeutischen Behandlung begleitet werden, da sonst die Gefahr einer Scheinlösung und Chronifizierung der Problematik besteht (17). Zudem muß gerade bei jüngeren Patienten wegen möglicher Spätfolgen von einer jahre- bis jahrzehntelangen Dauermedikation abgesehen werden.

Die Anwendung von LHRH-Analoga (zum Beispiel Leuprorelinacetat), die über die Hypophyse zu einer Hemmung der Testosteronproduktion führen, ist in der Behandlung von Sexualstraftätern noch wenig erprobt (25). Gleiches gilt für den Einsatz von Serotonin-Reuptake-Hemmern, die neben ihrer antidepressiven Wirkung auch die sexuelle Impulshaftigkeit dämpfen sollen (8).

Nach den Erfahrungen des Referenten ist eine psychopharmakologische Behandlung bei M. mit einer geistigen und psychischen Behinderung, insbesondere bei der vorliegenden Schizophrenie Herrn X, unverzichtbar.

Zur Behandlung der in der Initialphase vorhandenen produktiven Symptome, aber auch der eher postakuten Negativsymptomatik und schließlich zur Rückfallprophylaxe sind Neuroleptika absoluter Standard! Der therapeutische Haupteffekt ist die Therapie der Psychose!

Natürlich kennen wir auch die Nachteile.

Frühere (typische) Neuroleptika hatten erhebliche EPS (sogenannte Extrapyramidale Störungen wie Steifigkeit in den Extremitäten, Zittern, Bewegungsunruhe im Gesicht mit Muskelanspannungen und sex. Funktionsstörungen).

Mittel der ersten Wahl sind heute oft die neueren sogenannten atypischen Neuroleptika (z.B. Risperidon, Olanzapin). Den Substanzen gemeinsam ist das relativ geringe Risiko für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen.

Das kann der Referent generell so nicht bestätigen. Bei Risperidon, das speziell für Menschen m. geistiger Behinderung zugelassen und von

unserem psychiatrischen Dienst bei Impulsdurchbrüchen und bei Erregungszuständen oft verwendet wurde, haben wir teilweise erhebliche EPS gesehen, wenn auch nur bei schneller Eindosierung in der akutpsychiatrischen Phase/Therapie. Risperidon bedeutet allerdings schon ein Fortschritt. Es hat aber den Nachteil, Menschen mit geistiger Behinderung „anzupeppen“, so dass sie noch „aufgedrehter“ erscheinen. Auch Gewichtszunahme, Prolactinerhöhung (ein Hormon, das bei Frauen zum Milchfluß, bei Männern zu Verringerung von Libido führt) und zu stark sedierender Effekt (z. B. bei Olanzapin) zwingen dann zum Absetzen.

Die den atypischen Neuroleptika zugeschriebenen Verbesserungen der kognitiven Störungen ließen sich nach meinen Beobachtungen auch nicht in dem berichteten Masse bestätigen.

Lorazepam eignet sich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zur kurzfristigen Behandlung bei psychotisch induzierten Angstzuständen.

In der - auch öffentlich geführten – Diskussion über den Einsatz insbesondere von Neuroleptika wird eine Neubewertung gefordert (vgl. EPPENDORFER 12/2012 & 1/2013: US-Autor warnt vor Antipsychochotika, S. 6). Danach gibt es Menschen, die gut auf eine (neuroleptische) Medikation ansprechen. Andere zeigen durch eine langfristige Medikation häufiger Rückfälle und eine stärkere Symptomatik ihrer Störung, da sie z. B. eine Dopaminempfindlichkeit entwickeln (Dopamin-Supersensitivitätstheorie: Neuroleptika regeln das Dopamin runter, das Hirn paßt sich an und regelt das Dopamin wieder hoch, und das führt zu Rückfällen). Bei der letzten Gruppe scheint es auch zu einer Verringerung der Hirnsubstanz zu kommen. Künftig werden Medikamente selektiv, individuell, vergeben werden müssen („need adapted treatment“). Der Fokus wird auf mehr soziale und psychologische Maßnahmen liegen müssen.

Regeln:

- Eine Medikation ist nur als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes sinnvoll.

- Denke Sie daran, dass M. mit einer geistigen Behinderung die Nebenwirkungen (ESP) oft nicht mitteilen können und dann die Medikation verweigern.
- Eine neuroleptische Langzeitmedikation beeinträchtigt die ohnehin schon reduzierten kognitiven Fähigkeiten.
- Hat sich nach einem Jahr der vereinbarte Erfolg nicht eingestellt, sollte die Medikation beendet bzw. grundsätzlich überprüft werden.
- Beginne mit niedrigeren Anfangsdosen und steigere langsamer als bei Menschen ohne Behinderung.
- Halte Sie sich an dieselben (oder niedrigere) Erhaltungs- und Maximaldosen wie bei Nichtbehinderten.
- Denke Sie an regelmäßige allmähliche Dosisreduktion.
- Vollziehe Dosisreduktionen langsamer als bei Menschen ohne Behinderung.
- Vermeide, wenn angebracht, häufige Änderungen der Wirkstoffe und der Dosierung. M. mit Behinderungen brauchen eine längere Zeit der Stoffgewöhnung.
- Menschen mit einer geistigen Behinderung reagieren oft paradox (Sedierung führt z. B. zur Erregung).
- Da Menschen mit Behinderung oft über weniger Wachheit und Aktivität verfügen, wirken sedierende Medikamente doppelt so stark.
- Lege bestimmte Verhaltensweisen (was soll ein Erfolg sein?) fest, um die Wirkung der Medikation besser beurteilen zu können.
- Erstelle eine (Ausgangslage) vor der Vergabe der Medikation.
- Beurteile das folgende Verhalten mit bewährten Verhaltensbeobachtungsmethoden.
- Dokumentiere so viel wie möglich.
- Prüfe, ob die Medikation den Alltag beeinträchtigt (z.B. Aktivitäten wie Fortbewegung, Hygiene, Anziehen; kognitive Fähigkeiten wie z. B. Gedächtnis und Orientierung; Kommunikationsfähigkeit; Darm- oder Blasenkontinenz; Motivation und Interesse an bevorzugten Aktivitäten, besonders in der Freizeit).

Helfen Medikamente bei Paraphilie?

Viele Menschen m. B. klagen zu Recht über Beeinträchtigungen ihrer Sexualität durch Medikamente. Neben Androcur, das das männliche Hormon „Testosteron“ verringert, werden auch Psychopharmaka eingesetzt, die die neuronalen Botenstoffe, besonders Serotonin (wirkt u.a. positiv auf die Stimmung) beeinflussen, da bei Paraphilien vermutet wird, dass eine Störung des Serotoninhaushalts besteht, welche die sexuelle Orientierung erschwert und zu Mischformen führt.

Die therapeutische Wirkung ist umstritten. Der Referent hat jedoch gute Erfahrungen mit Serotoninwiederaufnahmehemmer gemacht.

Androcur kommt wegen zu vielen schwerwiegenden Nebenwirkungen m. E. nur selten infrage. In den Fällen von zwanghafter Pädophilie ist es jedoch sehr wirksam. Das Mittel verringert die Testosteronproduktion. Zurzeit wird bei der Therapie von Pädophilie Salvacyl verabreicht. Dieses Medikament senkt das Testosteron auf 0. Manche Pat. haben keine Nebenwirkungen und erleben dieses Medikament als Befreiung. Es sollte nur bei suchtmäßiger Pädophilie angewandt werden (z. B. bei suchtmäßigem Gebrauch von Kinderpornos).

Verhaltenstherapeutische Regeln und Grundsätze

Verhaltenstherapeutische Fragen bei Pädophilie, die sich in Form einer Fragecheckliste bei Menschen mit Behinderung praktisch bewährt haben. Bitte das Gespräch protokollieren! Immer konkret beantworten lassen!

Die Befragungen sollten von der Wohnstätte mindestens einmal in der Woche durchgeführt werden, das der Freizeitbereich der gefährlichste Bereich ist. Dieser muß geregelt werden. Aber auch die Werkstatt sollte das Procedere einmal in der Woche durchführen. Bitte ggf. in einfacher Sprache formulieren.

Diese Vorgehensweise kann als Konzept auch bei anderen Fällen bei Paraphilie generell angewandt werden!

Die therapeutische Beziehung in den VT mit M. mit einer Geistigen/Lernbehinderung

Die Wiederholung einer Gefühlsbeziehung aus der Vergangenheit im Verhältnis zu anderen, neuen Menschen: Dieser Vorgang wurde zuerst deutlich in den seelenärztlichen Behandlungen der Psychoanalyse. Es stellte sich heraus, daß sich der Patient an die Konflikte, die ihn krank gemacht haben, nicht bloß erinnert, sondern sie in seinem Verhältnis zum Arzt auch wiederbelebt. Er schätzt den Arzt so ein, wie er einst den Vater, die Mutter, oder eine andere wichtige Person aus der Kindheit eingeschätzt hat. Dann verhält er sich auch entsprechend. Die Liebe oder der Haß, der Gehorsam oder die Rebellion, die er dem Therapeuten entgegenbringt, gelten nicht dem Arzt als Person. Der Therapeut wird vielmehr wie eine »leere Leinwand« behandelt, auf die der Patient die Bilder seiner Kindheit wirft (Projektion). In der klassischen analytischen Psychotherapie hält sich der Therapeut denn auch als Person möglichst zurück, um dem Patienten viele verschiedene Übertragungen zu ermöglichen. Um die eigentliche Bedeutung dieser Verhaltensweisen zu verstehen, muß sich der Psychotherapeut hüten, dem Patienten starke eigene Gefühle entgegenzubringen, die geradesogut Wiederholungen aus seinen früheren Erlebnissen sein könnten: er muß die Neigung zur »Gegenübertragung« unter Kontrolle halten. Die oft stürmischen Regungen der Liebe während einer Psychotherapie sind eine Voraussetzung des Heilerfolges. Dem Therapeuten »zuliebe« gibt der Patient seine Geheimnisse preis, nimmt die Qualen der Selbsterkenntnis auf sich und folgt den Anweisungen. Nur in dieser Liebesbeziehung entsteht das Vertrauen zum Therapeuten. Dabei erweist sich oft genug die Abstammung der Übertragungs-Liebe aus der sexuellen Libido entscheidend. Der Anteil der Sexualität an den Gefühlen in der therapeutischen Übertragung entspricht zugleich der Bedeutung der sexuellen Konflikte für die Entstehung einer seelischen Krankheit (Hysterie, Neurose). In jeder Form der Psychotherapie spielt die Übertragung von Liebesgefühlen eine entscheidende Rolle, oft allerdings unerkannt und unkontrolliert wird und bei manchen anderen Heilverfahren die Übertragung so verstärkt, daß der Widerstand gleichsam überrollt wird. Nahezu total ist die Übertragung in der Hypnose.

Übertragung ist somit eine Sonderform sozialen Lernens, bei der der primäre Lernvorgang ebenso wie die spätere Äußerung (Reproduktion) des Gelernten weitgehend unbewußt bleiben.

Unter Gegenübertragung versteht man entsprechend die Gefühle und Einstellungen des Therapeuten dem Patienten gegenüber, sofern sie von alten Mustern des Therapeuten geprägt sind.

Verhaltenstherapie und Abgrenzung zu Tiefenpsychologischer Psychotherapie

Mit der Verhaltenstherapie verbinde ich persönlich eine klare, pragmatische, strukturierte und transparente Herangehensweise an die therapeutischen Aufgaben bzw. die Anliegen meiner Klienten. Die verhaltenstherapeutischen Verfahren sind wissenschaftlich vielfältig und gut überprüft, wobei jedoch auch Studien vorliegen, die die Wirksamkeit der anderen Verfahren belegen, jedoch nicht bei Pädophilie.

Es fasziniert mich, wie sich die Verhaltenstherapie in den neurowissenschaftlichen Background einfügt (Begriffe wie Gedächtnis, Lernen, neuronale Netzwerke).

Bei der herkömmlichen bzw. klassischen Verhaltenstherapie liegt die Betonung mehr auf der Bewältigung von Lebensproblemen oder Symptomen, d. h. viel mehr das Erlernen eines anderen Umgangs mit einer Problematik, als deren Beseitigung. Modernere Auffassungen der Verhaltenstherapie betonen dabei die vermehrte Beachtung und den bewussten Einsatz von Ressourcen, von Achtsamkeit und Akzeptanz.

Die tiefenpsychologisch-psychoanalytische und psychodynamische Psychotherapie betont dagegen mehr die Klärung von Verhaltensmotiven und Erlebensweisen in der zwischenmenschlichen Beziehung und deren Erklärung aus der biografischen bzw. seelisch-individuellen Entwicklungsgeschichte heraus. Dabei liegt die Betonung besonders auf den zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen und das Ziel ist es auch aus der Verbesserung dieser eine Reduktion von Symptomen zu erreichen. Symptome werden also als ein Resultat aus negativen Lernerfahrungen in Beziehungen betrachtet.

Die Betonung im Bereich der tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Psychotherapie liegt wie erwähnt mehr auf der Klärung des „Woher und Warum“ unserer menschlich-seelischen Probleme und unseres Verhaltens. Landläufig gesagt soll hier auch geklärt werden, inwieweit „es an der Kindheit liegt“, dass heute dieses oder jenes Problem und dessen Verhaltenselemente bestehen.

Darüber sollen dann unsere aktuellen Konflikte und unsere „Psychodynamik“ besser und als überholt verstanden werden. Daraus werden sinnvolle therapeutische Ziele für das „Hier und Jetzt“, im Besonderen auch im zwischenmenschlichen, also im Beziehungsbereich, abgeleitet.

Eine solche „Übertragungssituation“ kommt innerhalb einer Beziehung, einer therapeutischen und auch einer gewöhnlichen, in der Regel immer zustande. Bei der Verhaltenstherapie wird die Bearbeitung dieser Übertragung jedoch nicht explizit angestrebt oder gar erwartet. Explizit wird sie aber in der klassischen Psychoanalyse erwartet und durch eine bestimmte Haltung des Therapeuten, d. h. einer stark abstinente, teils also wenig oder nicht antwortenden, angestrebt. In der tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Psychotherapie wird die Übertragung und auch die im Therapeuten stattfindenden Gegenübertragungsimpulse, -gefühle und -gedanken daher im Besonderen beachtet.

Grundsätzlich sollte die „Chemie“ in einer therapeutischen Beziehung für Sie stimmen. Ihre Aufgabe ist es, dies schon in den Probesitzungen am Anfang festzustellen.

Die Durchführung einer VT mit einem M. m. B. und einer Pädophilie ist von einem ständigen Hin – und Her bestimmt, und das gilt auch für die begleitenden sozialen Maßnahmen. Auf der Suche nach einem Umgangsmodell, neben den geschilderten, typischen Methoden der Psychotherapie, habe ich mich mit der Spieltheorie beschäftigt und versucht, deren logische Erkenntnisse für den Umgang mit den Klienten zu nutzen. Die **Spieltheorie** wurde von Mathematikern und Ökonomen entwickelt. Es geht darum, das Verhalten des anderen Menschen (Spielers) einzuschätzen und diese Erkenntnisse zum eigenen Vorteil zu nutzen. Die wichtigste Aussage der Spieltheorie lautet:“ Der Mensch will gewinnen und ist auf seinen Vorteil bedacht. Er hilft anderen nur, wenn es ihm selber nützt.“

Diese rein ökonomische Haltung ist für eine VT wenig akzeptabel. Dennoch kann sie helfen, eine feste, konsequente Haltung zu entwickeln, da M. m. Pädophilie sehr manipulativ sind und eine VT ihm nichts nützt (im Sinne der sexuellen Erregungsmuster). Es gibt inzwischen auch psychologische Implikationen aus der Spieltheorie, die ich mit Gewinn angewandt habe:

1. M. m. B. und Pädophilie sehen keinen Vorteil in einer VT. Sie versuchen alles, um diese zu entgehen. Oft verstehen sie auch den Sinn einer VT nicht, da sehr viel häufiger als M. o. B. und Pädophilie kein Problem bzw. Unrechtsbewußtsein haben, und sie greifen dann auch nicht zu den Ausreden, die für M. ohne B. und Pädophilie typisch sind.
2. M. m. B. gelten in der Gesellschaft nicht als Gewinner. Die Verachtung der Gesellschaft für sie ist ihnen aber kaum oder gar nicht bewußt, anders als bei M. o. B. und Paraphilien, die die Verachtung realisieren können. Diese Art der sozialen Stigmatisierung ist den M. m. B. somit egal. Sie interessiert das „Gewinnerspiel“ nicht, es hat keine Bedeutung für sie. Damit fällt ein wichtiger Bezugspunkt für die VT weg.

3. Setze deshalb nicht auf eine Veränderungsmotivation, sondern darauf, dass der M. m. B. starke Nachteile für seinen Alltagsrythmus befürchtet. Er will die VT schnell hinter sich bringen. Da er besonders streßempfindlich ist, will er seine Ruhe haben. Das ist eine Chance für die VT. „Habe ich mehr Ärger als Lust? Dann gehe ich vielleicht doch in die VT.“
4. Er wird sich über den Therapeuten gegenüber anderen M. m. B. zumeist negativ äußern. Sie legen damit falsche Fährten und reagieren Frust ab, um so auf die VT einzuwirken. Ignoriere das. Das Thematisieren führt zu nichts.
5. Wenn der M. m. B. kooperiert, kooperiere auch.
6. Kooperiert der M. m. B. nicht, kooperiere auch nicht. Führe unbedingt die zuvor abgesprochenen Konsequenzen aus. Setze die VT aus, bis der M. m. B. weitermachen will. Informiere den rechtlichen Pfleger, Angehörige, Justiz etc. Die meisten M. m. B. kommen irgendwann wieder in die VT. Habe Geduld und warte ab. Der nächste päd. Vorfall kommt bestimmt.

Verhaltenstherapeutische Fragen und Regel

1. Habe ich heute oder in der letzten Zeit eine oder mehrere der drei wichtigen Kern-Regeln für Pädophile verletzt?
 - Kern-Regel 1): Kein Kontakt zu Kindern (kein Kinderhüten, in die Wohnung lassen, Hilfen - nur bei Lebensgefahr, Fragen nach dem Weg beantworten ist das äußerste an Kontakt; keine Arbeitsplätze, die Kinder als Kunden haben, z.B. Textilgeschäfte oder wo der Kontakt zu Kindern wahrscheinlicher ist, etc.).
 - Kern-Regel 2). Kein Aufsuchen von Orten, in denen sich Kinder aufhalten (Schulen, Kindergärten, Spielplätze, Parks, Geschäfte, Arbeitsplätze etc.).
 - Kern-Regel 3). Keine Medien, die Kinder oder Kindliches zum Gegenstand haben (Zeitungen, Filme, Internet etc.).

Weitere Regeln in Fragen formuliert:

2. Habe ich heute zufällig Kinder getroffen, was habe ich konkret gemacht?
3. Was habe ich sexuell gefühlt (Erektion?)?
4. Habe ich heute extra Orte aufgesucht, wo ich hoffte, Kinder zu treffen (Suchverhalten)?
5. Habe ich Medien benutzt, die Kinder gezeigt haben oder Kindliches (erklären) zum Gegenstand hatten?
6. Was habe ich in letzter Zeit für meine sexuelle Befriedigung getan?
7. Was habe ich für meine Beziehung zu einer erwachsenen Frau/Mann getan?
8. Worüber, wovon träume ich (es kommt oft wenig)? Sollte möglichst aufgeschrieben werden, um sie durch einen Dipl.-Psychologen/Ärztlicher Psychotherapeut deuten zu können.
9. Was mache ich in meiner Freizeit?
10. Mit wem arbeite, mit wem wohne ich zusammen?
11. Habe ich auf irgendjemand gerade eine Wut?

Verhaltenstherapeutische Grundsätze, die Herr X. (Fallbeispiel) ständig wiederholen sollte

1. Man darf pädophil denken, es aber nicht machen.
2. Sex ist nicht alles.
3. Wenn ich Kinder sehe (zufällig); gucken ist erlaubt und eine normale Orientierungsreaktion, nicht starren (*ab 3 Sekunden ist es Starren*).
4. Geholfen hat mehreren M. m. B. die Regel: in gefährlichen Situation einfach nicht mehr denken – Stoppschild vorstellen.
5. Keine Delikt Nähe suchen (Kinder, Kindergärten, Parks etc.).
6. Pädophilie kann nicht geheilt, es muß immer kontrolliert werden.

7. M. m. Pädophilie können sich hinsichtlich der obigen Kern-Regeln nicht selbst bestimmen.
8. Beteuerungen, sich gebessert zu haben, grundsätzlich nicht glauben, stets überprüfen!

Weitere Empfehlungen für die Wohnstätte

- Der Bewegungsradius bleibt wie gewohnt, richtet sich aber nach den Regeln. Herr X. sollte ab und zu durch einen MA, den er nicht kennt, verdeckt auf seinen Wegen (z.B. zur Arbeit, beim Einkaufen) beobachtet werden. Damit kann eine Einschätzung über eventuelle Regelverstöße gewonnen werden. Diese verdeckte Beobachtung stellt eine notwendige Kontrolle der Maßnahmen dar, hat sich sehr bewährt und sollte zufällig durchgeführt und dokumentiert werden.
- Abends ausgehen nur mit Begleitung.
- Wenn Betreuung vorhanden ist, können alle Aktivitäten durchgeführt werden.
- Keine Übernachtung auswärts, wenn die Kontrolle nicht gewährleistet ist.
- Seine sexuellen Stimulanzen müssen regelmäßig kontrolliert werden. Benutzt er Erwachsenenpornografie oder Kinderpornografie? Was schaut er konkret an und mit welchen Medien. Das Durchsuchen seines Zimmers ist geboten.
- Bei der Suche nach Befriedigungsmöglichkeiten helfen (geeignete Filme, Partnerberatung).
- Schutzplan und persönliche Warnsignale (Unzufriedenheit, Ärger, Psychose) gemeinsam entwickeln.
- Soziale Unterstützung klären: wer ist für mich da?
- Nach einem halben Jahr Schlüssigkeit und Ergebnisse des Konzepts überprüfen.

Wohnen und Arbeit sind aufgrund der Paraphilie, die eine besondere, auch öffentliche, Verantwortung verlangt, den obigen Regeln unterworfen.

9. Probleme bei der Entdeckung von sexuellem Missbrauch/Pädophilie/Missständen/Falsche Behauptungen

Die vielen Skandale um unentdeckten sex. Missbrauch, als auch eigene Erfahrungen damit zeigen eines deutlich:

Die meisten beteiligten Personen, insbesondere die verantwortlichen Vorgesetzten, sind feige. Das ist praktisch ein Naturgesetz. Bloß keine öffentlichen Probleme. Meine Einrichtung ist sauber. Ich habe keine Fehler gemacht. Was soll die Öffentlichkeit sagen?

Das Verhalten dieser Verantwortlichen kann anhand eines aktuellen Falles eine Rettungssanitäters, der angeblich einem Flüchtling ins Gesicht geschlagen hat, gut beleuchtet werden. Es stellte sich als unwahr heraus, der Flüchtling hatte gelogen. Dieser Rettungssanitäter ist heute arbeitsunfähig und psychisch krank, weil alle, ja alle, ihn im Stich gelassen haben. Das wird Ihnen mit grosser Wahrscheinlichkeit auch passieren.

Also keine Alleingänge. Alles genau protokollieren. Verbündete suchen. Kein Held sein.

Weitere Hinweise, Erfahrungen, Ergebnisse, Literaturhinweise und Informationen bei www.psychologie-real.de.

gez.

Dr. Gehling im Dezember 2021

Klaus