

Michael Stiels-Glenn

Therapie mit Pädophilen?

Pädophile beurteilen ihre Therapie



Michael Stiels-Glenn

Therapie mit Pädophilen?

Pädophile beurteilen ihre Therapie



PABST SCIENCE PUBLISHERS • Lengerich

*Dr. biol. hum. Michael Stiels-Glenn
Kriminologe & Polizeiwissenschaftler M.A.
Integrativer Therapeut M.Sc.
Supervisor (DGSv)
Dipl.-Sozialarbeiter
E-Mail: stiels.glenn@gmail.com*

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2016 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany
Formatierung: Armin Vahrenhorst

Titelbild: Michael Stiels-Glenn
Druck: KM-Druck, 64823 Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-197-0
eBook: ISBN 978-3-95853-198-7 (www.ciendo.com)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Geleitwort | 7 |
| Vorwort..... | 10 |
| | |
| 1 Einleitung | 16 |
| 1.1 Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie | 16 |
| 1.2 Diskurse über Sexualität..... | 18 |
| 1.3 Krankheit bzw. Störung als Ursache von Sexualstraftaten | 20 |
| 1.4 Der Diskurs über sexuellen Missbrauch | 23 |
| 1.5 Pädophilie als Störungsbild | 28 |
| 1.5.1 Komorbidität..... | 33 |
| 1.6 Forensische Psychotherapie | 33 |
| 1.7 Wirkfaktoren in der forensischen Psychotherapie | 35 |
| 1.7.1 Persönlichkeiten von Therapeuten und die therapeutische Beziehung | 35 |
| 1.7.2 Psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken | 37 |
| 1.7.3 Die Persönlichkeit von Patienten..... | 38 |
| 1.7.4 Kontext- (Umwelt-)faktoren | 40 |
| 1.8 Zu den vorliegenden Interviews | 41 |
| 1.8.1 Untersuchungsinstrumente | 42 |
| 1.8.2 Probleme bei Befragungen von Patienten | 44 |
| | |
| 2 Methodenfragen | 47 |
| 2.1 Qualitative und quantitative Forschung..... | 47 |
| 2.2 Symbolischer Interaktionismus und Grounded Theory | 49 |
| 2.3 Auswertung | 50 |
| 2.4 Gütekriterien | 50 |
| 2.5 Ablauf der Untersuchung | 51 |
| 2.6 Einige kritische Hinweise zu meiner Untersuchung | 52 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 3 | Ergebnisse – die Interviews | 55 |
| 3.1 | Über die Straftaten, die Diagnose und sexuelle Vorlieben | 55 |
| 3.2 | Interviews – Die Therapeut_innen | 80 |
| 3.2.1 | Persönlichkeit der Therapeuten und die therapeutische Beziehung..... | 81 |
| 3.2.2 | Persönlichkeit und Interventionen von Therapeuten | 89 |
| 3.2.3 | Sexuelle Handlungen von Psychotherapeuten | 94 |
| 3.3 | Interviews – Behandlungsverfahren und -methoden | 97 |
| 3.3.1 | Einzeltherapien | 99 |
| 3.3.2 | Gruppentherapien | 110 |
| 3.3.3 | Andere Behandlungsmethoden | 120 |
| 3.3.4 | Weitere therapeutische Behandlungsformen | 124 |
| 3.4 | Die Interviews – Persönlichkeit von Patienten | 130 |
| 3.5 | Die Interviews – Klinik und Stationen als Wirkfaktoren | 138 |
| 3.6 | Die Interviews – Projektive Fragen | 161 |
| 3.7 | Die Interviews – Gesamtbewertung der bisherigen Behandlung | 174 |
| | | |
| 4 | Einige Schlussfolgerungen aus den Interviews | 187 |
| | | |
| | Nachwort | 196 |
| | Literaturverzeichnis | 198 |

Geleitwort

Kundenbefragungen werden heutzutage fast allerorten durchgeführt, ob bei der Deutschen Bahn, in Hotels, bei Bestellungen über das Internet, nach der Anmietung eines Leihwagens, unter Gottesdienstbesuchern und Studenten. An den medizinischen Fakultäten des Landes Baden-Württemberg haben die Ergebnisse der Einschätzungen von Lehrveranstaltungen durch Studenten unmittelbaren Einfluss auf die finanzielle Ausstattung der entsprechenden Universitätsabteilungen. Es gibt dort drei Faktoren, die für die Mittelzuweisungen entscheidend sind: erstens die Höhe der eingeworbenen Drittmittel, zweitens die Zahl und das Gewicht der publizierten wissenschaftlichen Publikationen, gemessen an den Impactpunkten der Zeitschriften, in denen diese Arbeiten veröffentlicht wurden, und schließlich drittens die Noten, die Studenten ihren Hochschullehrern für deren Unterrichtsveranstaltungen geben. Diejenige der fünf Medizinischen Fakultäten des Landes, die dabei am besten abschneidet, bekommt den höchsten Landeszuschuss. Innerhalb der einzelnen Fakultäten setzt sich das fort, sodass diejenige Abteilung innerhalb der Fakultät, die dabei am besten abschneidet, den größten Anteil aus dem Landeszuschuss erhält.

Sicher kann man darüber streiten, ob dies ein faires Verfahren ist, zumal die einzelnen Abteilungen über sehr unterschiedlich große Grundausstattungen verfügen und Kernfächer wie Innere Medizin oder Chirurgie im Vergleich zu Randfächern, wie Geschichte der Medizin, Medizinethik, Humangenetik u. a. in diesem Wettbewerb ganz unterschiedliche Ausgangspositionen haben und manche der in den gängigen Fragebogen für Studenten enthaltenen Fragen von Studenten in Anfangssemestern noch gar nicht beurteilt werden können, z. B. die Frage, ob das, was der Dozent vorgetragen hat, für den Arzt von praktischer Relevanz ist. Aber so sind die derzeitigen Verhältnisse.

Im Straf- und Maßregelvollzug sind mir Kundenbefragungen bisher nicht begegnet. Dort schätzen die Mitarbeiter ihre Klienten ein, müssen für Patienten des Maßregelvollzugs einmal jährlich eine Stellungnahme nach § 67 d, e StGB an die Strafvollstreckungskammer einreichen, worin sie ihre Einschätzung der Behandlungs-, Sozial- und Legalprognose des Patienten niederlegen. Danach wird der Patient von der Strafvollstreckungskammer gehört, wobei ich in knapp vierzig Jahren keiner solchen

Anhörung beigewohnt habe, die wesentlich länger als eine Stunde gedauert hätte, aber vielen, die bereits nach fünfzehn Minuten zu Ende waren. Der Vorsitzende Richter fragt dabei Patienten, ob diese die Stellungnahme der Klinik kennen und damit einverstanden sind. Die meisten Patienten antworten mit ja, üben allenfalls an der einen oder anderen Formulierung etwas Kritik, manchmal, aber bei weitem nicht immer unterstützt von ihren Anwälten. Die Anhörungsprotokolle umfassen nur in seltenen Fällen mehr als drei DIN-A4 Seiten. Sie besiegeln – wie die Stellungnahme der Klinik zuvor – die weitere Dauer des Freiheitsentzugs ohne Schuld, der oft länger dauert als die lebenslange Freiheitsstrafe eines nicht gestörten Straftäters für einen Mord.

Mein jüngstes Beispiel ist ein Patient, der wegen pädosexueller Delikte seit mehr als 30 Jahren im Maßregelvollzug einsitzt, entsprechend viele Stellungnahmen der Klinik hat und viele Hinweise in externen Prognosegutachten, man solle doch seinen Hospitalisierungserscheinungen entgegenwirken. Aber die Klinik macht das nicht, sondern reagiert fast immer nur mit Sanktionen und lässt ihn bei geringfügigsten Anlässen den sehr langen Weg kleinschrittiger Lockerungserweiterungen jeweils wieder von vorn beginnen, ähnlich wie beim Monopoly, wo es heißt: „Gehe zurück auf Los! Begib dich sofort dorthin!“, während seine Mitpatienten einer nach dem anderen an ihm vorbeiziehen und das Ziel der Entlassung erreichen. Es ist sehr fraglich, ob mit dieser Strategie die Therapiemotivation des Patienten und das Vertrauen in seine Therapeuten gefördert wird – nach meiner Einschätzung jedenfalls nicht.

Patientenbefragungen im Sinne von Kundenbefragungen, die Auswirkungen auf die finanzielle und personelle Ausstattung eine Maßregelvollzugsklinik oder auf die Struktur des dortigen Behandlungsangebots hatten, sind mir nie begegnet, noch nicht einmal in der schlichten Form von einfach auszufüllenden Fragebogen mit zehn bis zwanzig überschaubaren Items und schon gar nicht in der Weise, dass mit den Patienten ausführlich über ihre Erfahrungen und Einschätzungen, ihre Kritik am und ihre Verbesserungsvorschläge für das Behandlungsangebot systematisch erfasst worden wären. Bedenkt man, dass es nicht wenige Patienten im Maßregelvollzug gibt, die dort schon länger leben als die meisten therapeutischen Mitarbeiter dort angestellt sind, dann liegt der Schluss nahe, dass hier das Wissen, die Erfahrungen und die Anliegen derjenigen, die den Betrieb sehr genau kennen, zu wenig Berücksichtigung finden.

Genau an dieser Stelle setzt die Untersuchung von Michael Stiels-Glenn an. Er hat sich auf den Weg gemacht, in Maßregelkliniken mehrerer Bundesländer eine Gruppe von Patienten ausgiebig zu interviewen, die es im

Straf- und Maßregelvollzug besonders schwer hat, Es sind Männer, die sich wegen pädosexueller Handlungen im Freiheitsentzug befinden und die nicht nur in der Allgemeinheit, sondern auch im Maßregelvollzug in einer extremen Außenseitersituation leben. Aus seinen fundierten Ergebnissen lassen sich viele Anregungen für eine Verbesserung der Behandlung und deren Ergebnisse – und damit hoffentlich auch für eine Verkürzung der Aufenthaltsdauern – herleiten.

Wünschenswert wäre es, wenn auch die Behandlungsabläufe bei anderen Patientengruppen in gleicher Weise unter die Lupe genommen würden. Dem Buch sind jedenfalls viele Leser zu wünschen.

Friedemann Pfäfflin

Ulm im März 2016

Vorwort

Ob man im Internet Dienstleistungen in Anspruch nimmt, sein Auto reparieren lässt oder ein Hotelzimmer gebucht hat - stets bekommt man anschließend einen Fragebogen zur Kundenzufriedenheit ausgehändigt. Wenn Kund_innen¹ als Adressaten von Dienstleistungen um Rückmeldung und Bewertung gebeten werden, kann man das als Fortschritt der Zivilgesellschaft bezeichnen.

Unter dem Druck der Ökonomisierung im Gesundheitswesen werden mittlerweile auch Patient_innen befragt, wie zufrieden sie mit ihrer Behandlung und deren Rahmenbedingungen sind. Das begann in Krankenhäusern [208], psychiatrischen Kliniken [167], psychosomatischen Reha-Kliniken [142], psychiatrischen Tageskliniken [112] und Institutsambulanz [191], hat aber längst ambulante Arztpraxen [202] erreicht. Außerdem gibt es – wie bei anderen Berufen längst üblich – im Internet Plattformen, in denen jeder ungeprüft Kliniken, Ärzte und Psychotherapeuten bewerten kann [48; 70].

Über diese Patientenbefragungen werden Praxen und Kliniken als Gesundheitsdienstleister zunehmend miteinander verglichen und es entsteht eine öffentliche und veröffentlichte Rangfolge [78], die sich direkt oder indirekt auf die Zahl der anfragenden Patienten und damit auf die wirtschaftliche Lage der 'Anbieter' auswirkt. Die Ergebnisse von Patientenbefragungen setzen Standards, verändern und vereinheitlichen die Prozesssteuerung im Gesundheitswesen. Dabei spiegeln alle Befragungen ausschließlich das persönliche Erleben von Patienten – und gerade das ist gewollt.

Bei der Therapie von Straftätern gibt es nur sehr vereinzelt Überlegungen, diese Patienten um Rückmeldung zu bitten, wie sie selbst ihre Behandlung bewerten. Dabei werden in den psychiatrischen Kliniken des Maßregelvollzugs (im Folgenden als MRV oder Forensik bezeichnet) psychisch kranke oder gestörte Patienten über viele Jahre untergebracht und – anfangs oft gegen deren Willen – behandelt. Fast scheint es, als sei es nicht wichtig oder nicht sinnvoll, Patienten, die auch Straftäter sind, nach ihrer Meinung über ihre Behandlung zu fragen.

¹ Über die Verwendung des "Kunden"-Begriffs für Patientinnen und Patienten, die ja oft gar nicht die Wahlfreiheit von Kunden haben, wäre vieles zu sagen.

Zum vorliegenden Buch

Dieses Buch ist entstanden aus meiner Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Ich wollte erfahren, wie Patienten, die wegen Sexualstraftaten an Kindern gemäß § 63 StGB in der Forensik untergebracht sind, ihre therapeutische Behandlung erleben und bewerten. Ich hätte prinzipiell auch andere Gruppen von Straftätern im MRV befragen können. Ich arbeite aber seit vielen Jahren therapeutisch mit Straftätern, die Sexualdelikte an Kindern begangen haben; ich kenne also diese Tätergruppe relativ gut und habe wenig Berührungängste. Eine Befragung gerade dieser Täter ist auch deshalb interessant, weil 'Pädophile' in Medien, in der Bevölkerung und in der Politik oft Empörung und Zorn erzeugen.

Sexualdelikte an Kindern gelten heute als schwerste Delikte und werden in Reden von Politikern gern in einem Atemzug mit dem internationalen Terrorismus und der organisierten Kriminalität genannt. Seit 1998 wurde das Sexualstrafrecht im StGB fast ein Dutzend Mal erweitert, um 'Schutzlücken' zu schließen. Die Strafen haben sich drastisch erhöht, die Verjährungsfrist für eine Strafverfolgung wurde auf 30 Jahre, beginnend mit dem 21. Lebensjahr von Geschädigten, heraufgesetzt. Das bedeutet, dass Täter noch vierzig Jahren nach einem Sexualdelikt an Kindern angeklagt werden können; welche Probleme das für die Beweisführung und für ein rechtsstaatlich gesichertes Strafverfahren bedeutet, kann man sich vorstellen.

Pädophilie ist weltweit ein Schlagwort geworden, ein Modebegriff, den jeder für fast alles benutzt, das irgendwie mit Kindern und Sexualität zu tun hat. Sexueller Missbrauch an Kindern, Kinderschändung, Kinderpornographie im Internet – immer wieder taucht der Begriff Pädophilie auf. Und er wird gelegentlich zu einem Totschlagargument, z. B. in Verbindung mit den Worten 'international' und 'Kinderpornoring'. Männer, die Kinder sexuell missbraucht haben, werden unterschiedslos als Pädophile abgestempelt – und Pädophile gelten oft als Ausgeburt der Hölle, ihr Verhalten und ihre Taten bleiben in den Mediengeschichten nicht einfühlsam, un-menschlich.

Dem gesellschaftlichen Druck, sexuellen Missbrauch an Kindern als schweres und nicht tolerierbares soziales Problem zu bewerten, können sich auch Personen, die beruflich mit dieser Tätergruppe zu tun haben – Erzieher in Heimen, Sozialpädagoginnen beim Jugendamt und in der Bewährungshilfe, Therapeuten und Psychologinnen in Beratungsstellen und Behandlungsteams im Justizvollzug und in der Forensik und auch Juristen – kaum entziehen [164].

Besonders bei Delikten an Kindern fällt auch Fachkräften im Maßregelvollzug oft eine Einfühlung schwer. Viele sind froh, wenn sie möglichst viel Abstand zu sexuellen Missbrauchern und zu Pädophilen halten können und Kontakte auf das Nötigste beschränken. Therapien mit Sexualstraftätern werden eher als lästige Pflicht statt als interessante Aufgabe gesehen. Meine Einladung, sich einmal konkret vorzustellen, was ein pädophiler Patient getan hat und sich in dessen Motivation einzufühlen, wird in Fortbildungen und Supervisionen meistens verständnislos zurückgewiesen. Diese Verweigerung von Empathie ist deshalb ein Problem, weil man diesen Patienten ja oft unterstellt, dass ihnen Empathie für die Kinder fehlt. Die Entwicklung von Empathie ist eines der Behandlungsziele [177].

Diese Vorbehalte spüren auch die Täter unvermeidbar bei jedem Kontakt. Deshalb wollte ich genauer erfahren, wie diese Straftäter die Einstellungen von Therapeuten und Betreuern erleben. Vorannahmen, Wirklichkeitskonstruktionen und Vorurteile in der Forensik bleiben meist unausgesprochen. Es braucht deshalb eine gründlichere Untersuchung dieser scheinbaren Normalität, um verdeckte Regelsysteme sichtbar und damit hinterfragbar zu machen.

Angaben von Tätern werden skeptisch bis ablehnend betrachtet. Oft wird bezweifelt, dass sie wahrheitsgemäß Auskunft geben; vielleicht werden sie auch deshalb nicht befragt, wie sie ihre eigenen Psychotherapien bewerten. Aber wozu sollten Straftäter bei diesem Thema lügen? Ihre Auskünfte sind selbstverständlich subjektiv – genau wie die Auskünfte anderer Patienten bei solchen Befragungen, so wie auch Auskünfte von Fachärzten und Psychologinnen über den Behandlungsstand ihrer Patienten subjektiv sind.

Über pädophile Straftäter gibt es viele Studien, mit ihnen allerdings wenige. In diesem Buch kommen im Anschluss an einige Ausführungen zur Geschichte und zur Theorie der Pädophilie 30 pädophile Männer selbst zu Wort, die geschlossen im Maßregelvollzug untergebracht sind, teilweise schon seit vielen Jahren – auch weil ich mir die Zeit genommen habe, mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Im Redefluss der Interviews gaben mir pädophile Männer Informationen

- über ihre Delikte und deren Hintergründe;
- über ihre sexuelle Orientierung, Vorlieben und ihr pädophiles Begehren;
- über ihre Erfahrungen mit ihrer Behandlung in der Forensik.

Diese O-Töne können vielleicht helfen, Stereotypen und Vorurteile zu hinterfragen und das mediale Zerrbild von dieser Tätergruppe auf sachli-

chere Füße zu stellen. Im Rahmen meiner Dissertation habe ich aus Platzgründen nur sehr kurze Auszüge aus den Erzählungen der pädophilen Männer zitieren können. Dabei kamen die zusammenhängenden Erzählungen zu kurz. Ich habe hier den Befragten mehr Platz eingeräumt – und dabei wurde mein Buch auch zu einer Erzählung, einer Narration, in der ich berichte, was ich mit den Männern hinter Gittern und Zäunen erlebt habe. Die Leser, die an der Zusammensetzung der Studiengruppe interessiert sind, finden am Schluss des Buches Angaben hierzu.

Weitere kurze Vorbemerkungen: Erstens gibt es *den* Pädophilen nicht. Menschen mit einer sexuellen Vorliebe für Kinder sind genauso unterschiedlich wie andere Patienten auch; sie stimmen oft nur in wenigen Merkmalen überein. Auch Fachleute streiten sich über Definitionen: Sind alle Täter, die sexuelle Handlungen an, vor und mit Kindern begehen, pädophil? Kann und soll man sie gleichsetzen mit sexuellen Missbrauchern? Ist bereits der Begriff 'Pädophiler' eine Verharmlosung und sollte man nicht von Pädosexuellen oder sexuellen Gewalttätern reden? Wo liegen die Unterschiede? Wer definiert Begriffe?

Eine weitere Vorbemerkung kann nicht oft genug wiederholt werden: Es geht um den Unterschied zwischen Verstehen und Billigen. Oft nimmt man an, dass aus dem Verstehen eines Menschen notwendig folgt, dass man dessen Handeln tolerieren oder gar gutheißen muss. Beides hat aber nichts miteinander zu tun. Wer versteht, muss nicht billigen; aber wie will man behandeln, was man nicht versteht und dessen Verständnis man sich verweigert?

Eine letzte Bemerkung zum Buch und zum Schreibstil: Die Plagiatsaffären der letzten Jahre haben gezeigt, wie verwundbar Wissenschaft bis in ihre Spitzen durch Fälschungen ist. Kein Forscher, kein Autor kann heute seriös etwas denken, sagen und schreiben, was nicht Andere vor ihm schon gedacht, gesagt und geschrieben haben [111]. Ich habe nach bestem Gewissen meine Quellen kenntlich gemacht. Aber manchmal ist mir nicht einmal mehr bewusst, welche Lehrer und welche Autorinnen durch meine jahrzehntelange Lektüre mein Denken beeinflusst haben.

Weil Texte schlecht lesbar sind, wenn sie vor Literaturangaben strotzen, habe ich die Literaturverweise durch Zahlen gekennzeichnet. Interessierte können im Literaturverzeichnis die Quellen leicht finden. Ich kann hier versichern: Alle Angaben der Teilnehmer wurden nicht verfälscht oder erfunden. Ich habe dieses Buch nicht geschrieben, um zu skandalisieren, sondern um zu einer fachlichen und sachlichen Debatte über diese Patientengruppe und ihre Behandlung beizutragen.

Jahrhundertlang war es üblich, dass Frauen in Büchern nicht vorkamen. Nach einer kurzen Zeit, in der man mit unterschiedlichen Formen expe-

rimentiert hat, ist man zur alten Tradition zurückgekehrt: man schreibt männlich, versichert lediglich auf der ersten Seite, dass damit immer auch die weibliche Form gemeint ist – und das war es. Sexualstraftäter und Pädophile sind fast immer männlich, alle meine Interviewpartner sind Männer; die sie behandeln, sind Frauen und Männer. Ich verwende deshalb im gesamten Text nach dem Zufallsprinzip männliche und weibliche Bezeichnungen, manchmal auch moderne Mischformen. Wenn das bei Leserinnen und Lesern zur Verwirrung führt, möge man das mir nachsehen.

Danken möchte ich vor allem den untergebrachten Patienten mit der Diagnose einer Pädophilie, die bereit waren, mir in großer Offenheit über ihre Delikte, über ihre Therapie, über ihre Wünsche und ihre Zukunftsvorstellungen zu berichten, obwohl sie von dieser Mühe keine Vorteile zu erwarten hatten. Die Hinweise und Aussagen dieser Patienten könnten letztlich für Verbesserungen in deren Behandlung sorgen. Die Interviewteilnehmer haben für ihre Mitarbeit von mir keinerlei Aufwandsentschädigung erhalten. Auch deshalb bin ich ihnen zu Dank verpflichtet. Diese 30 Interviews, deren Übertragung mehr als 770 Seiten Text umfasst, sind ein großer Reichtum. In meiner Dissertation konnte nur ein kleiner Teil der Erzählungen 'im Originalton' Platz finden. Ich habe mich deshalb entschlossen, den Befragten in dem vorliegenden Buch mehr Raum zu geben.

19 Teilnehmer baten darum, die Ergebnisse meiner Studie nach der Fertigstellung lesen zu dürfen. Einige berichteten, dass sie früher schon an Studien teilgenommen, aber nie etwas über die Ergebnisse erfahren haben. Andere fanden ihre Schilderungen in Interviews nach der Veröffentlichung in reißerischer Form und verzerrt dargestellt. Ich habe deshalb bereits beim Schreiben darauf geachtet, dass die Teilnehmer, die maßgeblich an meiner Studie beteiligt waren und von denen die Studie handelt, meine Ergebnisse auch verstehen können.

Danken will ich meinem Doktorvater Friedemann Pfäfflin für seine klugen, kritischen und warmherzigen Anregungen, die mich seit 1996 bei meiner beruflichen und theoretischen Entwicklung und bei der Überprüfung meiner Studie begleiteten. Sein Mut, scheinbare Selbstverständlichkeiten öffentlich zu hinterfragen, hat meinen Mut gefördert, ebenfalls Kritisches öffentlich zu sagen und zu fragen. Er schlug mir vor, diese länger geplante Befragung von MRV-Patienten über ihre Erfahrungen mit ihrer Behandlung als Dissertation vorzulegen. Bei der Arbeit an diesem Projekt habe ich mich teilweise wie ein Ethnologe gefühlt, der sich – trotz theoretischen Kenntnissen und aller praktischen Behandlungserfahrung – mit seinen Interviewpartnern wie in einer fremden Kultur empfand,

die ich zum Sprechen bringen wollte. Herr Pfäfflin ermutigte mich mehrfach, wenn ich das Projekt aufgeben wollte.

Danken möchte ich Herrn Uwe Dönisch-Seidel, dem Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW, der grundsätzlich dafür sorgte, dass sich mir in NRW die Türen von forensischen Kliniken öffneten. Herr Dr. Dimmek stellte mir umfangreiches Datenmaterial über die Patientenbefragungen des LWL, Herr Dr. Spießl seine Unterlagen über Patientenbefragungen in der allgemeinspsychiatrischen Versorgung zur Verfügung.

Danken möchte ich den forensischen Kliniken, die mir Zutritt zu Patienten gewährt haben, obwohl dabei auch Kritisches zu Tage gefördert werden konnte. Dies war – da bin ich mir sicher – den beteiligten Klinikleiterinnen klar. Sie hatten den Mut, ihre Einrichtung zu öffnen für einen Blick von außen, was nicht nur wissenschaftlich, sondern auch zivilgesellschaftlich anerkannt werden sollte. Diesen Mut, die eigene Arbeit einem kritischen Blick von außen zu öffnen, wünsche ich mir häufiger.

Danken möchte ich Herrn Diplompsychologen Til Eckermann, der bei der zeitaufwändigen Transkription der 30 Interviews half und Frau Psychologin (M. Sc.) Maren Stiels, die Daten für die Studie statistisch bearbeitete: Beide gaben mir wertvolle Hinweise zur Interpretation der Daten.

Dankbar bin ich meiner Ehefrau Dr. Penelope Glenn, die seit vielen Jahren mit großer Geduld hinnimmt, dass ich mich in meiner freien Zeit der theoretischen und praktischen Weiterbildung in der Behandlung von Straftätern widme. Sie hat ihre beruflichen Erfahrungen als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in stundenlangen Diskussionen eingebracht, Hinweise bei der Planung, der Durchführung und bei der Diskussion der Ergebnisse der Interviews gegeben und meinen Text immer wieder wohlwollend kritisch durchgelesen. Sie ermutigte mich auch nach meiner Tumorerkrankung im Jahr 2012, die Studie nicht aufzugeben.

Das vorliegende Buch wendet sich an ärztliche und psychologische Psychotherapeut_innen, an Sozialarbeiter und -pädagoginnen, insbesondere in der Straffälligen- und der Jugendhilfe, an Erzieher in Heimen, an Juristen, Studierende, Journalisten, aber auch an Menschen mit pädophiler Orientierung und deren Angehörige und nicht zuletzt an interessierte Laien, die sich abseits von Sensationspresse und bundesdeutschen Krimifilmen im O-Ton informieren wollen.

Recklinghausen, im Januar 2016

1 Einleitung

Forschungen über Wirkfaktoren in der Psychotherapie befassten sich in den letzten Jahrzehnten primär mit sog. ‘Outcome-Studien’. Die Verlaufsforschung [38] wurde vernachlässigt, was das therapeutische Blickfeld einengt. Insbesondere negative Effekte im Verlauf von Psychotherapien wurden bisher wenig untersucht [24; 101]. Versuche, die Wirksamkeit von Psychotherapie wie in Medikamentenstudien durch randomisierte Kontrollgruppen-Studien (RCT, oft ‘Gold-Standard’ genannt) zu belegen, übersehen, dass Therapien sehr individuell verlaufen [138; 182]. RCT-Studien, so Eckert, seien ein „Kuckucksei in den Psychotherapiewissenschaften“ [32, 282].

Leichsenring [95, 36] machte darauf aufmerksam, dass man Wirkungsforschung durchaus als naturalistische Studien unter realen Praxisbedingungen durchführen kann. Mit nur drei Fragen an Klienten und Therapeuten zum Thema der Sitzung, zur Zufriedenheit mit dem Verlauf und mit der Therapeut-Patient-Beziehung am Ende jeder Stunde lassen sich früh Vorhersagen über den Therapieverlauf machen [24; 127]. Bei nicht erfolgreichen Therapien werden Verlauf und Beziehung signifikant häufiger thematisiert, während in erfolgreichen wesentlich häufiger die Themen der Sitzung benannt wurden. Schiepek [152, 1141] regte sogar an, Patienten per Internet täglich zu ihrer Einschätzung des Therapieprozesses zu befragen.

1.1 Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Therapeutische Wirkfaktoren hängen mit den angestrebten Zielen zusammen (Übersicht bei Pfammatter et al. [136]). In erfolgreichen Psychotherapien entstehen innerhalb eines sicheren Rahmens vertrauensvolle Beziehungen zwischen Klienten² und Therapeuten. Therapeuten sollten ihre Klienten aufrichtig und wertschätzend behandeln [143]. Schulenübergreifend gilt eine akzeptierende Beziehung durch Therapie-

² In diesem Buch werden die Begriffe Patient und Klient synonym benutzt, wobei Patienten sich bei der Schwere der Symptome und der Einschränkung im Verhalten von Klienten unterscheiden.

ten als Voraussetzung für neue, korrigierende Erfahrungen. Therapeuten sollen Klienten Erklärungen für ihre Probleme anbieten, Anregungen geben bzw. Lernvorgänge anstoßen. Aktuelle Probleme sollen gezielt besprochen und bei Bedarf konkrete praktische Hilfen angeboten werden [140]; es müssen die Motivation geklärt, Ressourcen aktiviert und die Übertragung von Erkenntnissen aus der Therapie in den Alltag gefördert werden, damit Klienten sich dort als selbstwirksam erleben können [57; 58]. Bei erfolgreichen Therapien glauben Therapeutinnen und Klientinnen an einen Erfolg. Klienten müssen ihrerseits lernen, die Wirklichkeit immer wieder zu prüfen statt an ihren bisherigen Sichtweisen festzuhalten – hier liegt ein begrenzender Faktor auf Patientenseite [120].

Schulenspezifische Interventionen in der Psychotherapie existieren nicht unabhängig von gemeinsamen Wirkfaktoren (Common Factors; Wampold [195]). Vier allgemeine Wirkfaktoren gelten heute als empirisch gesichert, sind 'evidence based practice (EBP)':

- Therapeut-Patient-Beziehung und die Persönlichkeit von Therapeuten;
- Verfahren und Interventionen von Therapeutinnen;
- Die Persönlichkeit der Patienten;
- Kontextfaktoren im Umfeld der Patienten.

Dabei gilt der Zusammenhang von Therapeut-Patient-Beziehung, die Persönlichkeit der Therapeuten und dem Therapieergebnis als der am besten untersuchte Befund der Wirkfaktorenforschung [vgl. 189]. Dieser Wirkfaktor erklärt etwa 30% der Therapieergebnisse.

Methoden und Techniken spielen eine Rolle erst durch die Bedeutung, die ihnen innerhalb der Beziehung von Therapeut und Patient gemeinsam zugeschrieben wird. Die Wirkungen spezifischer Methoden und Techniken haben mit 15% einen geringeren Einfluss auf das Therapieergebnis als man vermutet (der sog. 'Dodo-Bird-Verdikt' [100]). In Studien, die die Wirksamkeit von Verfahren bestätigen sollen, werden oft besonders ausgelesene Probanden einbezogen [131, 152], um Erfolge der Verfahren nachweisen zu können. Die angebliche Überlegenheit eines Therapieverfahrens in vergleichenden Studien erwies sich als Illusion, wenn man den Einfluss der theoretischen Orientierung der publizierenden Forscher auf das Ergebnis untersuchte; wer an sein Verfahren glaubt, erhält wegen seiner Überzeugung in Studien genau die Ergebnisse, die in das eigene Konzept passen (Allegiance-Effekt [vgl. 95]). Zudem weichen erfahrene Psychotherapeuten in der Praxis häufig von Manualen der eigentlich präferierten Verfahren ab, weil ein zu starres Festhalten an vorgegebenen Schritten mehr Probleme aufwerfen als lösen kann.

Studien erfassen oft nur die Bewertung der Therapeuten, obwohl die subjektive Einschätzung des Therapieverlaufs durch Patienten eine bessere Prognose zum Therapieerfolg erlaubt [24, 8] als 'objektive' Merkmale oder die Einschätzung durch Therapeuten. Qualitative Studien über Erfahrungen von Patienten in eine Psychotherapie sind insgesamt bislang selten [24, 39], obwohl eine breite 'Betroffenenliteratur' hierüber existiert. Es sind „letztlich die Patienten, die über Erfolg oder Misserfolg von Psychotherapie entscheiden“ [13, 4].

Auch Persönlichkeitseigenschaften von Klienten beeinflussen, ob und wie weit diese grundsätzlich von einer Psychotherapie profitieren können; der Anteil von Persönlichkeitseigenschaften von Patienten an den Ergebnissen von Psychotherapien liegt bei 15%.

Entgegen allgemeiner Annahmen (auch von Therapeuten) haben Einflüsse in der Lebenswelt der Klienten (Kontextfaktoren) mit ca. 40 % [108; 146; vgl. 89] die größten Auswirkungen auf Verlauf und Ergebnis von Psychotherapien: Das Eingehen von Liebesbeziehungen, Partnerschaftskrisen und Trennungen, die Aufnahme oder Kündigung einer Arbeitsstelle, ein unterstützendes soziales Umfeld, häufige Umzüge usw. greifen tief in das Leben von Klienten ein und unterstützen oder behindern die gemeinsamen Bemühungen in der Therapie. Dies wird von Therapeuten meist unterschätzt.

Strupp et al. [186; 187] empfehlen, außer Fachkräften auch Gesellschaft und Klienten an der Evaluation von Therapieergebnissen zu beteiligen; Jede Gesellschaft hätte ein Interesse an der Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung (adaptive behavior), Klienten suchten subjektives Wohlbefinden (sense of well-being) und Therapeut_innen bewerten Klienten und ihre Veränderungen eher anhand ihrer Theorien über eine 'gesunde' Persönlichkeitsstruktur (personality structure). Um einen Therapieerfolg umfassend einzuschätzen, sollten alle drei Bereiche individuellen Funktionierens gleich bewertet werden [24, 17].

1.2 Diskurse über Sexualität

Über Sex wurde vermutlich gesprochen, lange bevor es bildliche oder schriftliche Dokumente gab. Die menschliche Sexualität ist in hohem Maß von soziokulturellen Faktoren beeinflusst; der Anteil gelerntes Verhaltens ist größer und der Einfluss hormoneller Faktoren geringer als bei Tieren: deshalb ist es nicht hilfreich, in Zusammenhang mit Sexualität von „gesund, natürlich oder normal“ zu reden.

Lange Zeit wurde Sexualität auf Fortpflanzung reduziert. Ihre anderen Funktionen waren nicht klar: Sexualität hat neben der Fortpflanzung auch bindungs- und beziehungsorientierte, identitätsbildende, narzisstische und hedonistische Funktionen: Körperliche Entspannung, Geben und Empfangen von Trost, Zuneigung und Liebe; ein Mittel, die eigene Attraktivität, Männlichkeit bzw. Weiblichkeit oder Potenz unter Beweis zu stellen; Leere oder Langeweile zu vertreiben, Zärtlichkeit oder Feindseligkeit auszudrücken, andere zu beherrschen oder sich beherrschen zu lassen, sich lebendig zu fühlen oder Grenzerfahrungen zu suchen [vgl. 209, 247; 16; 63; 21].

Wegen der Ausschüttung von Botenstoffen wie Dopamin, Serotonin, Vasopressin und Oxytocin im Gehirn bei sexuellen Phantasien und Aktivitäten kann Sexualität helfen, psychische Probleme (kurzfristig) abzuwehren, z. B. als Trost bei Verlusten oder Einsamkeit, als Besänftigung bei Zorn und Frustration, sogar zur Verleugnung von Ängsten. So ist ein wichtiges männliches Thema sexueller Erfolg – demonstriert durch das Zeugen vieler Kinder, viele Eroberungen, enthusiastisches Interesse an Sex.

Zilbergeld beschreibt, wie typische Männerphantasien und –befürchtungen aus Männlichkeitsmythen wachsen: der wichtigste Mythos ist aus meiner Sicht: „In unserem aufgeklärten Zeitalter üben die beschriebenen Mythen keinen Einfluss mehr auf uns aus.“ [209, 42]. Das eigene Genital sei zu klein, man sei sexuell nicht ausdauernd [209, 16f]. Stets vermuten Männer, andere Männer seien ihnen in dieser Beziehung überlegen. Jede Zurückweisung durch Frauen gilt ihnen als Beweis ihrer Unzulänglichkeit. Hier liegen Ansatzpunkte für abweichende sexuelle Entwicklungen. Menschen verfügen in der Regel über die Fähigkeit zur Hemmung von sexuellen Impulsen, was evolutionsbiologisch wichtig ist, damit Gefahren und Nachteile durch unkontrolliertes sexuelles Verhalten – Aggression, Beschämung, Statusverlust, Sanktionen – vermieden werden können [62, 27f]. Mögliche Ursachen für sexuelle Störungen sind oft unspezifisch; unterschiedliche Ursachen (z. B. Traumata, Konflikte, psychische Erkrankungen, usw.) bringen ähnlich aussehende Störungsbilder hervor [62, 34; vgl. 43, 259].

Die zunehmende Thematisierung der Sexualität in der Moderne diene nicht der Liberalisierung, sondern der Macht, schreibt Foucault. „Die modernen Gesellschaften zeichnen sich nicht dadurch aus, dass sie den Sex ins Dunkel verbannen, sondern dass sie unablässig von ihm sprechen...“ [46, 40]. Institutionen hätten durch „minutiöse Regeln der Selbstprüfung“ [46, 25] aus dem eigenen Begehren einen scheinbar rationalen Diskurs gemacht, der das Sexualverhalten zum Gegenstand

wissenschaftlicher Diagnostik macht und so die 'Sexualität' als *Dispositif* [46, 71] formt. Kontrollinstanzen und Überwachungsmechanismen ersetzen die alten religiösen Normen [46, 45]. Man werde gezwungen, vom Sex zu sprechen wie von einer Sache, die man zum größtmöglichen Nutzen Aller regeln und die optimal funktionieren müsse [46, 29f: vgl. 41].

Die Pädagogik und die Psychiatrie spielten bei der 'Einwebung' (Foucault) der Sexualität in den Körper³ eine besondere Rolle. Auch Diskurse über Normalität und Abweichung, die Klassifizierung organischer, funktioneller oder psychiatrischer Pathologien seien Diskurse über Macht [46, 43]. Die 'Erfindung' von Sexualstraftaten als Gesetzeswidrigkeit ermöglicht mehr Überwachung und lenke vom ungesetzlichen Gewinn- und Machtstreben der Herrschenden ab [vgl. 47; 360ff; vgl. 46, 36]. Hierbei entwickelten sich Definitionen, was natürlich, gesund und normal und was als widernatürlich, krank und abweichend zu gelten habe.

1.3 Krankheit bzw. Störung als Ursache von Sexualstraftaten

Zunächst einmal sind Sexualdelikte keine Symptome einer psychischen Störung, sondern Straftaten. Lange Zeit wurde versucht, bestimmte sexuelle Verhaltensweisen, die vom Verhalten der Mehrheit der Bevölkerung abweichen, genauer zu untersuchen und als gestört zu verstehen. Dabei wurden Sammelbegriffe wie Perversion bzw. Paraphilie benutzt. Freud [50] definierte 1905 zunächst alle Gedanken und Handlungen als Perversion, die nicht dem Vollzug des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs dienen. Unter diesem historischen Gesichtspunkt waren selbst Masturbation und Homosexualität pervers.

Giese [53] entwickelte folgende Leitsymptome für Perversionen⁴:

- die sexuellen Praktiken werden immer eingengt;
- es kommt zum Verfall an Sinnlichkeit und zu Promiskuität;
- Hinwendung zur Anonymität, Personen spielen kaum eine Rolle;
- Steigerung der Frequenz; die Zeit, die mit sexuellen Handlungen und Phantasien verbracht wird, nimmt zu;

³ Die Kirche spricht nicht von ungefähr von Inkarnation; bei tief verwurzelten Verhaltensweisen spricht man in der Alltagssprache von „in Fleisch und Blut übergegangen“ oder „eingefleischt“.

⁴ die Giese als „sexuelle Süchtigkeit“ definiert

- das Ausbleiben der Befriedigung führt zum Ausbau von Phantasien und Praktiken (Ritualen).

Schorsch [157] unterschied bei Perversionen vier Schweregrade:

- die Symptome treten einmalig oder sehr sporadisch auf, gebunden an bestimmte Situationen oder Lebenskrisen;
- die Symptome stellen ein wiederkehrendes Konfliktlösungsmuster dar, das aber (noch) nicht die Orientierung bestimmt;
- es herrscht ein fixiertes, stereotypes, ritualisiertes Sexualverhalten vor, das für orgasmische Befriedigung sorgt. Der Partner tritt als Gegenüber zurück und wird zum Objekt;
- eine progrediente (sich steigernde) Verlaufsform sexuelle Süchtigkeit in Anlehnung an Giese.

Stoller [180] verstand Perversionen als erotische Inszenierungen nicht-sexueller Konflikte, z.B. von Hass. Kindliche Niederlagen würden durch die sexuelle Inszenierung und den Orgasmus in einen Triumph über den früheren Konflikt verwandelt. Bei dieser Reinszenierung sei der Betroffene diesmal nicht ausgeliefert wie in Kindheit oder Jugend: „Jetzt kann er seine Angst beherrschen und sein sexuelles Erleben selbst steuern. ... Das Erlebte wird mit dem Orgasmus vorübergehend zur Ruhe gebracht.“ [145, 74; vgl. 180]. Nach Berner [15, 123] geht es bei einer Perversion nicht um sexuelle Befriedigung, sondern um Demütigung, Erniedrigung, Rache – also gegen ein Objekt gerichtete Aggression.

Morgenthaler [113] versteht Perversionen als Plomben: Manche zwanghaft anmutenden Befriedigungsmechanismen helfen einem zerbrechlichen Ich, in anderen Lebensbereichen Frustration auszuhalten. Die Perversion sei wie eine Insel, um das Festland zu schützen. Manchmal, so merkte Schorsch später an, werde allerdings die Insel so groß, dass man nicht mehr wisse, was Insel und was Festland ist. Becker [9, 222] betont, in der Perversion würden abweichende sexuelle Phantasien nicht abgewehrt, sondern ausgestaltet und außerhalb des übrigen sozialen Lebens gelebt; genau dadurch erfolge die Abwehr. Er resümiert, in allen jüngeren Veröffentlichungen werde die Funktion der Perversionen für den Aufbau, den Zusammenhalt, die soziale Anpassung und das Selbsterleben der Persönlichkeit [9, 233] hervorgehoben.

Kornelius Roth [145, 24] beschreibt wie schon Giese, dass sexuelles Verhalten den Charakter von Sucht bekommen kann; er versteht darunter nicht ausgefallene Praktiken, sondern süchtiges Erleben mit folgenden Merkmalen: (progrediente) sexualisierte Phantasien, die zum Rückzug aus dem realen Leben führen können, verstärkte Masturbation und wach-

sender Konsum pornographischer Medien⁵. Sexsucht könne Ursache für sexuelle Delikte sein und zu Handlungen an Kindern führen [145, 39]. Auch Kockott spricht von nicht-paraphiler sexueller Süchtigkeit [82, 165].

Die moderne Psychoanalyse betont das kommunikative Element in der Sexualität über die Fortpflanzung. Reiche [141, 241] weist darauf hin, dass im Triebchicksal von Menschen die frühen verinnerlichten Objektbeziehungen in umgewandelter und „immer irgendwie entstellter Gestalt enthalten (sind)“. Reiche sieht das Objekt- und Beziehungsfeindliche jeder Perversion in der Konzentration um einen Fetisch. Berner betont: „Für manche Formen ist der Zusammenhang zum Sexuellen nurmehr durch den Orgasmus ... erkennbar, sonst würde man dem Geschehen von außen gar nicht anmerken, dass hier Lust eine Rolle spielt. In manchen Fällen ist es nicht einmal der Orgasmus, sondern eine Vorform sexueller Erregtheit, die die Brücke zum Sexuellen deutlich macht.“ [15, 121]. Soweit einige Anmerkungen, wie sich therapeutische Sichtweisen zu Perversionen im Laufe der neueren Geschichte entwickelt haben.

Nach meinem Verständnis bilden sexuelle Handlungen und Symptome gestaltpsychologisch oft nur den Vordergrund; dahinter verbergen sich nicht-sexuelle Motive bzw. Konflikte. Sexualität erfüllt viele kompensatorische Funktionen, die nicht im engeren Sinn sexuell sind: Hauch/Lohse [63] führen hierzu aus: „Sexuelle Symptombildung ist immer mehrfach determiniert. In ihr drücken sich verschiedene Grundthemen und Ängste aus, wie diese umgekehrt in unterschiedlichen sexuellen Symptomen aufscheinen und sich dabei bis in Einzelheiten der Phänomenologie der gewalttätigen sexuellen Inszenierung hinein widerspiegeln können. Beispiele für solche Bedeutungsfacetten und Funktionsaspekte sind: sich momentan in der eigenen männlichen Identität bestätigt fühlen, entsprechend einem Bild, nach dem 'Männlichkeit' gerade auch durch das Durchsetzen eigener sexueller Wünsche, gegebenenfalls gegen den Willen des Gegenübers, gleichsam konstituiert wird; triumphales Erleben von Potenz und Mächtigkeit in einem allgemeinen Lebensgefühl von Ohnmacht und Nichtigkeit; Ausleben von Wut und Hass; Suche nach Bewunderung, Nähe, Fürsorge, symbiotischer Vervollkommnung in Form identifikatorischer Wunscherfüllung; Phantasien, jemanden ganz für sich zu haben; oppositioneller Ausbruch aus sozialen Zwängen, Abhängigkeiten und Bindungen in eine Art Doppelleben“ [63, 280; vgl. 209; 171; 172].

⁵ Sein Ansatz steht der AA-Bewegung nahe. Die „Anonymen Sexaholiker (AS)“ sind Selbsthilfegruppen, die auf Abstinenz als Heilungsweg setzen.