

Aus dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

DISSEXUALITÄTSBEHANDLUNG IM  
EINZELTHERAPEUTISCHEN SETTING ZUR PRÄVENTION  
SEXUELLER ÜBERGRIFFE AUF KINDER

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Stefan Faistbauer

aus Starnberg

Gutachter/in:      1. Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier  
                         2. Prof. Dr. med. H. A. G. Bosinski  
                         3. Prof. Dr. U. Hartmann

**Datum der Promotion: 08.04.2011**

## Inhalt

1.	Forschungskontext und Fragestellung.....	5
2.	Einführung in den Gegenstand der sexualmedizinischen Behandlung dissexueller Störungen am Beispiel der Pädophilie/Hebephilie.....	13
3.	Theoretische Grundlagen zur Anpassung des Manuals..... <i>„Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder“</i> an die Gegebenheiten der Einzeltherapie.....	15
4.	Die Anpassung der einzelnen Module des Manuals.....	21
4.1.	Modul 1: Einführung.....	21
4.2.	Modul 2: Motivation.....	23
4.3.	Modul 3: Medikamente zur Verringerung des sexuellen Verlangens.....	25
4.4.	Modul 4: Wahrnehmung.....	26
4.5.	Modul 5: Gefühle.....	29
4.6.	Modul 6: Sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten.....	30
4.7.	Modul 7: Opferempathie.....	31
4.8.	Modul 8: Lebenslauf.....	33
4.9.	Modul 9: Problembewältigung.....	34
4.10.	Modul 10: Soziale Beziehungen.....	35
4.11.	Modul 11: Intimität, Nähe und Vertrautheit.....	36
4.12.	Modul 12: Zukunftsplan.....	38
4.13.	Modul 13: Schutzplan.....	39
4.14.	Modul 14: Verabschiedung.....	41
5.	Ergebnisse.....	42
5.1.	Testpsychologische Untersuchungen.....	45
5.2.	Therapieergebnisse aus sexualmedizinischer Sicht.....	49
6.	Diskussion.....	59

7. Zusammenfassung.....	67
Literaturverzeichnis.....	69
Anhang I: .....	73
Für die Behandlung im Einzelsetting modifiziertes Manual der Berliner Dissexualitätstherapie in der Gruppe zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder	
Anhang II: .....	145
Arbeitsmaterial zum Manual	
Danksagung.....	225
Lebenslauf.....	226
Erklärung.....	228

## 1. Forschungskontext und Fragestellung

Seit den frühen 80er Jahren des 20. Jahrhunderts ist das Thema des sexuellen Missbrauchs von Kindern zunehmend in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt.

In der Zeit zwischen 1971 und 1982 wurden der internationalen Literaturdatenbank PsycINFO zufolge 102 wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema veröffentlicht. Im Jahr 1985 waren es 96 Publikationen und 1990 wurden bereits 492 Arbeiten zu diesem Themenkreis veröffentlicht. Die Zahl der Arbeiten wuchs weiter auf 755 Arbeiten im Jahr 2000 und schwankte in den folgenden Jahren zwischen 748 und 952. Im Jahr 2009 wurden 754 Publikationen registriert.<sup>1</sup>

Der größte Teil der Arbeiten, die sich mit der Problematik der Täter befassen, beschäftigt sich mit der Phänomenologie und den Ursachen für den sexuellen Missbrauch von Kindern sowie mit der Behandlung der betroffenen Personen im sog. „Hellfeld“, d. h. im Bereich bekannt gewordener und in der Regel strafverfolgter Taten.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Rezidivrate bei Sexualstraftätern vermindert werden kann, wenn diese kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme durchlaufen, in deren Rahmen die straftatbegünstigenden Risikofaktoren therapeutisch bearbeitet werden.<sup>2</sup> Eine entsprechende Reduzierung der Rezidivrate konnte bei Behandlungsprogrammen, die nicht speziell für die jeweilige Problematik konzipiert wurden sowie bei alternativen Therapieformen nicht nachgewiesen werden.<sup>3</sup>

Die Zielsetzung der verschiedenen wirksamen Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter besteht in der Identifizierung individueller Risikofaktoren, die den Weg zu einem sexuellen Übergriff bahnen und in der therapeutischen Bearbeitung der zugehörigen Denkabläufe und Verhaltensweisen. Anhand der Ergebnisse aus diesem Prozess wird mit den Patienten eine Rückfallpräventionsstrategie erarbeitet.

Von verschiedenen Autoren sind spezifische Defizite bei Sexualstraftätern beschrieben, die im Rahmen der Behandlung therapeutisch bearbeitet werden sollen. Es handelt sich um Kognitive Verzerrungen<sup>4</sup>, Bagatellisierung und Verleugnung<sup>5</sup> sowie

---

<sup>1</sup> www.PsycInfo.com

<sup>2</sup> Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K., 2005

<sup>3</sup> Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R. et al., 2002

Schmucker, M., Lösel, F., 2008

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S., 2009

<sup>4</sup> Bumby, 1996; Feelgood, Cortoni, Thompson & Sleeman, 2002

<sup>5</sup> Marshall, 1994

geringes Selbstwertgefühl.<sup>6</sup> Ferner sind Defizite in der Fähigkeit zu Opferempathie und Perspektivenübernahme, in der allgemeinen Kontakt- und Beziehungsgestaltung<sup>7</sup> sowie im Bereich allgemeiner Copingstrategien<sup>8</sup> beschrieben. Ziel der jeweiligen Behandlungsprogramme ist es, diese Defizite therapeutisch zu bearbeiten und damit eine breitere Basis zur Verhaltenssteuerung im Dienste der Verhinderung weiterer sexueller Übergriffe auf Kinder zu schaffen.

Darüber hinaus sind seit den 70er Jahren pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten zur Dämpfung sexueller Impulse untersucht worden. GnRH-Analoga gelten aktuell im Hinblick auf die Dämpfung sexueller Impulse als effektiv. Eine schwächere Wirkung konnte für eine Behandlung mit anderen Antiandrogenen (Cyproteronacetat) und selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gemessen werden<sup>9</sup>.

Die Mehrzahl der tatsächlich verübten sexuellen Übergriffe auf Kinder gelangt jedoch nicht zur Anzeige und taucht infolgedessen auch nicht in Untersuchungen auf, die sich auf die Behandlung von Sexualstraftätern beziehen.<sup>10</sup>

Das vom Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin initiierte *Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD)*<sup>11</sup> befasst sich mit der Frage, ob präventivtherapeutische Maßnahmen bei Männern mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz, die nicht unter Aufsicht der Justizbehörden stehen, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu verhüten vermögen.

Eine pädophile Sexualpräferenz liegt bei sexueller Ausrichtung auf das präpubertäre Körperschema vor, eine hebephile Sexualpräferenz wird den Personen zugeordnet, die durch ein peripubertäres Körperschema sexuell angesprochen werden.

Sexuelle Übergriffe auf Kinder können sowohl von Personen begangen werden, die eine pädophile oder eine hebephile Sexualpräferenz aufweisen, als auch von

---

<sup>6</sup> Marshall, Barbaree & Fernandez, 1995; Marshall, Cripps, Anderson & Cortoni, 1999

<sup>7</sup> Bumby & Hansen, 1997; Seidman, Marshall, Hudson & Marshall, 1996

<sup>8</sup> Marshall, Cripps, et al., 1999

<sup>9</sup> Gijs, L., Gooren L., 1996; Maletzky, B. M., Field, G. 2003

<sup>10</sup> Beier, K. M., Bosinski H., Loewit K., 2005

<sup>11</sup> Beier, K. M., Ahlers, Ch. J., Schaefer, G., A., Goecker, D., Neutze, J., Feelgood, S. 2006

Beier, K. M., Schaefer, G. A., Goecker, D., Neutze, J., Ahlers, Ch. J. 2007

Beier, K. M., Ahlers, Ch., J., Goecker, D., Neutze, J. et al. 2007

Beier, K. M., Ahlers, Ch., J., Goecker, D., Neutze, J. et al. 2009

Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, Ch. J., et al. 2009

solchen, bei denen eine derartige Sexualpräferenz nicht vorliegt; dann sind die Übergriffe als „Ersatzhandlungen“ für die eigentlich gewünschten sexuellen Handlungen mit einem altersentsprechenden Partner zu bewerten<sup>12</sup>.

Das sexuelle Verhalten muss also nicht unbedingt der sexuellen Präferenz entsprechen. So kann es bspw. durchaus sein, dass ein Mann, der sexuell auf erwachsene Frauen orientiert ist, aus unterschiedlichen Gründen Sexualkontakte mit vorpubertären Mädchen sucht. Aus diesem Grund ist es aus diagnostischer Sicht von wesentlicher Bedeutung, zwischen „Störungen der sexuellen Präferenz“ (Paraphilien) und „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (Dissexualität) zu unterscheiden.<sup>13</sup>

Die folgende Grafik verdeutlicht das Verhältnis zwischen Paraphilien einschließlich Päd- und Hebephilie zu sexuellen Übergriffen sowohl im Hellfeld als auch im Dunkelfeld.<sup>14</sup>

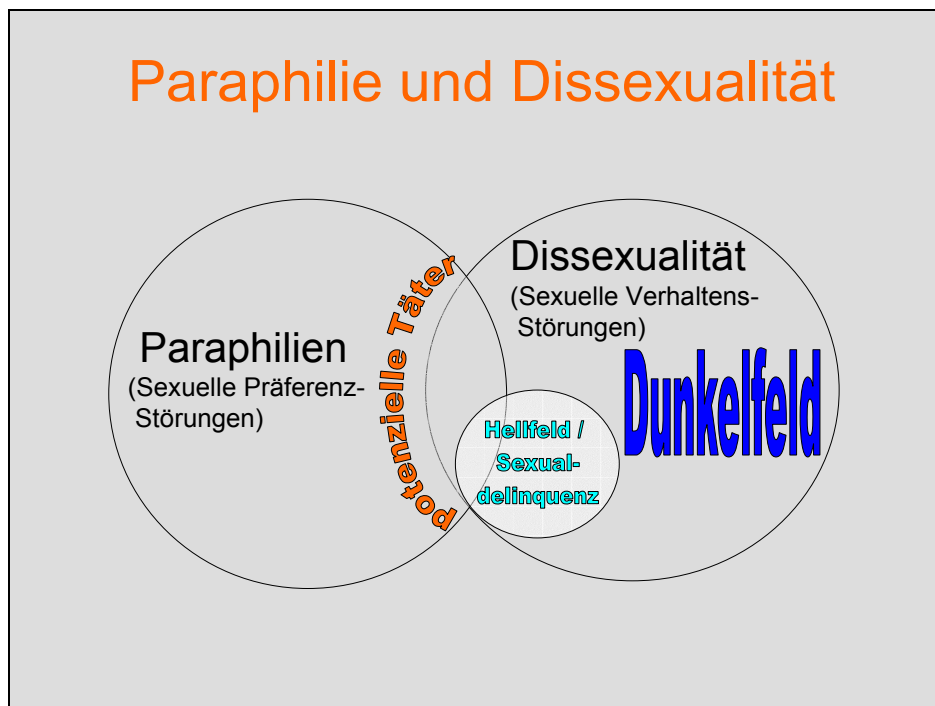


Abb. 1.1 Verhältnis Paraphilien – Dissexualität

Nach DSM-IV-TR<sup>15</sup> besteht eine sexuelle Präferenzstörung im Sinne einer Pädophilie (F 302.2), wenn sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten wiederkehrende, intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dringhafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen finden, die auf Kinder in einem Alter von bis zu 13

<sup>12</sup> Beier, K. M. 1995

<sup>13</sup> Ahlers, Ch. J., Schaefer, G. A., Beier, K. M. 2005

<sup>14</sup> [www.sexualmedizin-charite.de](http://www.sexualmedizin-charite.de)

<sup>15</sup> APA (American Psychiatric Association), 2000

Jahren gerichtet sind. Das sexuell dranghafte Bedürfnis kann ausgelebt sein, deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen.

Die Person muss mindestens 16 Jahre alt sein und mindestens 5 Jahre älter als das missbrauchte Kind.

Darüber hinaus kann bestimmt werden, ob die sexuelle Orientierung auf Jungen, auf Mädchen oder auf beide Geschlechter gerichtet ist und ob sich der Missbrauch auf Inzest beschränkt.

Personen mit (nahezu) ausschließlicher sexueller Ansprechbarkeit und Erregbarkeit durch ein präpubertäres Körperschema werden einer pädophilen Hauptströmung zugeordnet (ausschließlicher Typ). Eine pädophile Nebenströmung (nicht ausschließlicher Typ) besteht hingegen bei Personen, die nur zu einem Teil sexuelle Erregung durch das kindliche Körperschema erfahren und zu einem anderen Teil mit altersentsprechenden Partnern sexuell erlebnisfähig sind.

In der ICD 10<sup>16</sup> ist die Pädophilie (F 65.4) als sexuelle Präferenz für Kinder definiert, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden. Eine Differenzierung nach dem bevorzugten Geschlecht ist ebenfalls enthalten.

In der Definition wird weiterhin festgehalten, dass ein einzelner sexueller Kontakt nicht genügt, um die Diagnose zu stellen, insbesondere dann nicht, wenn der Handelnde selbst noch jugendlichen Alters ist. Die Pädophilie komme nur selten bei Frauen vor und es gäbe unter den Pädophilen auch Männer, die eigentlich erwachsene Sexualpartner bevorzugten. Sie wendeten sich Kindern ersatzweise zu, weil sie bei der Kontaktaufnahme mit Erwachsenen immer wieder frustriert würden.

Weiterhin seien auch Männer zu berücksichtigen, die sich ihren eigenen Kindern zuwenden. Auch sie haben nach der Definition der ICD 10 als pädophil zu gelten.

In beiden diagnostischen Klassifikationssystemen finden sich Unklarheiten und Widersprüche, die eine eindeutige Abgrenzung zwischen dissexuellem Verhalten und Paraphilien unmöglich machen. Aus diesem Grund müssen sie als Grundlage für die sexualmedizinische Diagnostik in Frage gestellt werden.<sup>17</sup> Sowohl sexuelles Verhalten im Sinne sexueller Handlungen an Kindern als auch auf Kinder bezogene sexuelle Fantasien können zur Diagnosestellung führen. Ein Mann, der wie oben

---

<sup>16</sup> ICD 10, Klassifikation psychischer Störungen

<sup>17</sup> Marshall, L. M., 2006



beschrieben eigentlich sexuell auf erwachsene Frauen orientiert ist, kann demnach als pädophil diagnostiziert werden, wenn er mehr als einmal einen sexuellen Kontakt zu einem Kind hat.

Weitere Unklarheiten im Hinblick auf die Diagnosestellung nach DSM-IV-TR sind unter anderem darin zu sehen, dass auf Kinder bezogene sexuelle Fantasien, die für die Betroffenen weder Leidensdruck erzeugen noch ihnen soziale Schwierigkeiten bereiten, nicht zur Diagnosestellung einer Pädophilie berechtigen.

Die hebephile Sexualpräferenz findet weder im DSM-IV-TR noch in der aktuellen Fassung der ICD Berücksichtigung.

In der aktuellen Diskussion um die geplante Revision des DSM zur V. Version werden die genannten Unklarheiten und Widersprüche berücksichtigt, eine Unterscheidung zwischen hebephiler und pädophiler Sexualpräferenz wird u. a. von Blanchard<sup>18</sup> vorgeschlagen.

Ein Ausgangspunkt für die Entwicklung der manualisierten Dissexualitätstherapie „*Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder*“<sup>19</sup> im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld liegt in der Annahme, dass jedem sexuellen Übergriff eines Täters mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz sexuelle Fantasien und Vorstellungen vorausgehen und dass zwischen den ersten Fantasien und realisierten sexuellen Übergriffen ein längerer Zeitraum liegt, der unter Umständen Jahre umfassen kann.<sup>20</sup> Die Behandlung eines Patienten in diesem Zeitraum soll das Risiko vermindern, dass es von ihm ausgehend zu sexuellen Missbrauchshandlungen an einem Kind kommt.

Vorrangiges Ziel der Behandlung im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld ist die Integration der sexuellen Präferenz in das sexuelle Selbstbild des Patienten und darauf basierend die Vermittlung eines breiten und effektiven Repertoires an Verhaltensstrategien, die es dem Patienten ermöglichen, diesen Problembereich seines Lebens adäquat zu bewältigen und insbesondere seine sexuellen Impulse gegenüber Kindern effektiv zu kontrollieren.

Das Behandlungsprogramm zeichnet sich durch eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie sowie spezifischer sexualtherapeutischer Methoden aus.

---

<sup>18</sup> Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherett, D. Et al. 2009

<sup>19</sup> Neutze, J., Goecker, D., unveröffentlicht

<sup>20</sup> vgl. Beier, K. M., et al., 2005

Mit Hilfe einer Medienkampagne (Plakate, Kino- und TV-Spots, Anzeigen, Internetauftritt, Banner) wurde auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, diagnostische Maßnahmen und therapeutische Hilfe in einem durch ärztliche Schweigepflicht geschützten Rahmen kostenlos in Anspruch nehmen zu können. Das Motto des Präventionsprojektes lautet: „Damit aus Fantasien keine Taten werden!“, die Leitfrage der Medienkampagne lautet: „lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?“. Auf einer für das Projekt eingerichteten Website ([www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)) sind Kontaktdaten und weitere Informationen verfügbar.<sup>21</sup>

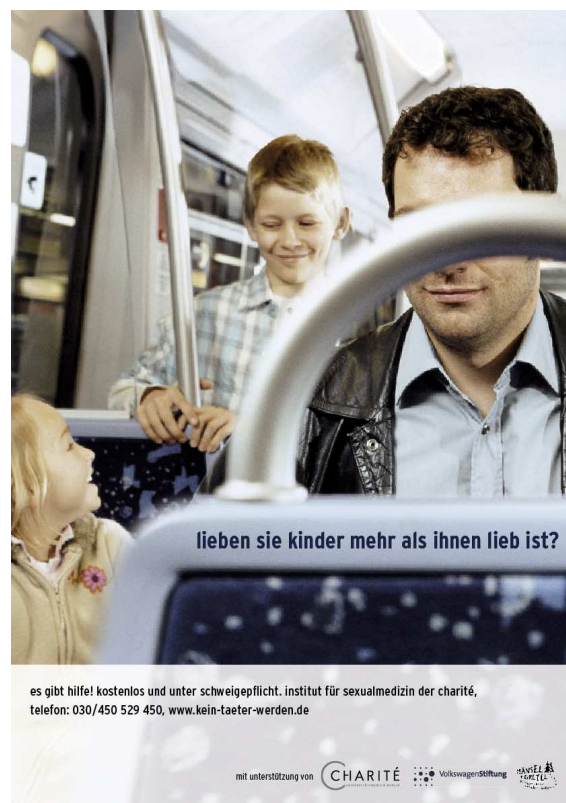


Abb.1.2. *Printkampagne für das Präventionsprojekt Dunkelfeld*<sup>22</sup>

In das Forschungsprogramm wurden Probanden aufgenommen, die sich am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin mit einem Behandlungswunsch vorgestellt haben. Sie wurden systematisch auf die Eignung für das vorliegende Therapieprogramm untersucht und nach Indikationsstellung der Dissexualitätsbehandlung in der genannten Form zugeführt.

<sup>21</sup> Ahlers, Ch. J., Schaefer, G. A., Feelgood, S. R., Beier, K. M. 2006

<sup>22</sup> [http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/weitere\\_informationen/medienkampagne/](http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/weitere_informationen/medienkampagne/)

In das Therapieprogramm wurden Personen mit einer pädophilen oder einer hebephilen Sexualpräferenz aufgenommen, die bislang noch keinen Übergriff auf ein Kind begangen haben, die aber befürchteten, sie könnten einen solchen Übergriff begehen. Probanden, die noch nie einen Übergriff begangen haben und dies selbst auch nicht befürchteten, wurden ebenfalls in das Programm aufgenommen. Aufgrund ihrer sexuellen Präferenz stehen sie häufig unter einem hohen Leidensdruck und es besteht bei diesen Personen nach katamnestischer Datenlage ein erhöhtes Risiko, einen sexuellen Übergriff auf ein Kind zu begehen. Bei beiden Probandengruppen handelt es sich also um potenzielle Täter.

Weiterhin wurden Personen aufgenommen, die bereits einen Übergriff auf ein Kind begangen haben, den Strafverfolgungsbehörden aber noch nicht bekannt sind (reale Dunkelfeld-Täter), und solche, die in der Vergangenheit bereits rechtskräftig verurteilt worden sind, ihre Strafe aber vollständig verbüßt haben, so dass kein einschlägiges rechtsrelevantes Verfahren mehr gegen sie anhängig ist (Ex-Hellfeld-Täter).

Die teilnehmenden Personen mussten bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und von sich aus motiviert sein, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, um künftig keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen.

Als Ausschlusskriterium für die Aufnahme in das Programm galten das Vorliegen einer Psychose, einer Abhängigkeitserkrankung oder einer Intelligenzminderung.

Bis Ende April 2010 meldeten sich 1049 Personen zur Behandlung im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld im Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin, davon 9 Frauen. 493 Personen wurden ausführlich untersucht, 115 Personen haben das Therapieprogramm im Rahmen des Forschungsprojekts in Anspruch genommen, 35 von ihnen haben die Behandlung vorzeitig beendet. 59 Patienten haben bis zu diesem Zeitpunkt das Behandlungsprogramm vollständig absolviert (darunter die hier vorgestellten 4 Einzeltherapiefälle). 21 Probanden befanden sich zum genannten Zeitpunkt noch in Behandlung.

Für eine Behandlung im Einzelsetting kam ein Teil der im Rahmen des Forschungsprojekts um Behandlung ersuchenden Patienten aus unterschiedlichen Gründen in Frage.

In erster Linie handelte es sich um organisatorische Umstände, die eine regelmäßige Teilnahme an den wöchentlich zu festen Terminen stattfindenden Gruppensitzungen unmöglich machten (z. B. Schichtdienst).

Weiterhin wurden von einzelnen Probanden tief sitzende Ängste vor einer erweiterten Öffentlichkeit geäußert. Sie konnten der für die Gruppentherapie geltenden Schweigepflicht nicht trauen und befürchteten, stigmatisiert und sozial geächtet zu werden, sobald andere Personen Kenntnis von ihrer sexuellen Präferenz erlangen.

Einige Probanden formulierten auch Angst davor, mit anderen pädophilen Männern in Kontakt zu kommen, die möglicherweise bereits einen sexuellen Übergriff auf ein Kind begangen haben und im Kontext der therapeutischen Arbeit von ihren Erfahrungen berichten. Diese Berichte könnten – so ihre Sorge - dazu führen, dass die Hemmschwelle, selbst eine Straftat zu begehen, sinke.

Für einen Probanden, der selbst noch keinen sexuellen Übergriff auf ein Kind begangen hat, war diese Vorstellung mit Befürchtungen verknüpft, solche Gruppenmitglieder nicht akzeptieren zu können und sich in der Gruppenarbeit in Schuldzuweisungen und dem Verlangen nach Bestrafung zu verlieren und damit dem eigenen Fortkommen letztlich zu schaden.

Diese Probanden zeigten sich einer Behandlung in der Gruppe gegenüber ablehnend und bevorzugten das Einzelsetting.

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des oben genannten Forschungsprojekts und hat es sich zur Aufgabe gemacht, die erforderlichen Anpassungen des Manuals für die Gruppentherapie an die Behandlung im Einzelsetting vorzunehmen und es dann zu erproben.

Das Behandlungsangebot wurde von insgesamt sechs Probanden in Anspruch genommen. Zwei von ihnen brachen die Therapie vorzeitig aus unterschiedlichen Gründen ab, vier Patienten durchliefen das Programm vollständig.

Der Therapieverlauf und das Ergebnis dieser Behandlungsverläufe werden im Rahmen dieser Arbeit im Sinne einer Fallstudie dargestellt.

## **2. Einführung in den Gegenstand der sexualmedizinischen Behandlung dissexueller Störungen am Beispiel der Pädophilie/Hebephilie**

Das Konzept der *Berliner Dissexualitätstherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder* basiert auf den jahrelangen Erfahrungen in der Behandlung pädophiler und hebephiler Männer am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin. Die Behandlungsprogramme CUBIT zur Behandlung von Sexualstraftätern in New South Wales, Australien und SOTEP zur Behandlung von Sexualstraftätern in London, England lieferten Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung des Manuals. Beide Behandlungsprogramme finden bei verurteilten Sexualstraftätern sowohl unter Bedingungen der Haft oder des Maßregelvollzugs als auch in Freiheit (bspw. unter Führungsaufsicht) Anwendung.

Die auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden Behandlungskonzepte fokussieren auf die therapeutische Bearbeitung von individuellen Risikofaktoren, die zu einer erneuten Sexualstraftat führen können. Neben Defiziten in der Empathiefähigkeit insbesondere für das eigene Opfer und kognitiven Verzerrungen, die eine Straftat zu rechtfertigen oder zu bagatellisieren versuchen, werden individuelle Defizite in der Selbstwahrnehmung sowie in der Selbstwertregulierung bearbeitet.

Das Berliner Behandlungsprogramm richtet sich an eigenmotivierte Personen mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz, die nach aktuellem Wissensstand der Sexualmedizin durch therapeutische Maßnahmen nicht veränderlich ist.<sup>23</sup> Die Zielsetzung der Behandlung liegt demnach nicht in der Heilung der Pädophilie, sondern in der Integration der sexuellen Präferenz- und ggf. Verhaltensstörung in das Selbstbild. Die Patienten sollen im Verlauf der Behandlung lernen, die sexuelle Präferenz als biografisch persistierend anzunehmen und Verantwortung insbesondere für ihr soziosexuelles Verhalten zu übernehmen.

Weiterhin soll daran gearbeitet werden, dass eine Perspektivenübernahme und darauf aufbauend eine Empathie mit dem Opferkind möglich wird. Dies soll die Kontrolle über die sexuellen Impulse fördern und stabilisieren.

Zusammenhänge zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten sollen verdeutlicht, pathognomonische Wahrnehmungsfehler wie bspw. Leugnung und

---

<sup>23</sup> Beier, K. M., Bosinski, H., Loewit, K., 2005

Verharmlosung von Tatfolgen sollen aufgedeckt werden. Dysfunktionale Verhaltens- und Denkmuster sowie kognitive Verzerrungen, die zu einer Straftat hinführen können, sollen korrigiert werden.

Weitere Ziele der Behandlung liegen in der Identifizierung von Reiz- und Gefährdungssituationen und –konstellationen sowie in der Entwicklung eines breiteren und effektiveren Repertoires an (Kontroll-) Strategien, um die insbesondere in Kontaktsituationen mit Kindern auftauchenden Probleme angemessen bewältigen zu können.

Darüber hinaus soll den Patienten, die in einer Partnerschaft leben, angeboten werden, sich im Rahmen eines Paargesprächs beraten zu lassen. Nötigenfalls kann zusätzlich zu den genannten therapeutischen Bemühungen eine Paartherapie eingeleitet werden; sie kann bei der Bewältigung der Schwierigkeiten innerhalb der Partnerschaft helfen, die durch die sexuelle Präferenzstörung entstehen.

Informationen über eine die sexuellen Impulse dämpfende Medikation sind integrativer Bestandteil der Therapie. Eine medikamentöse Behandlung findet bei Patienten Anwendung, deren Triebimpulse über die bisher genannten Mechanismen nicht kontrollierbar sind.

In der Behandlung spielen in erster Linie die Antiandrogene (Cyproteronacetat, GnRH-Analoga) und Selektive-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) eine Rolle.

Das Hormon Testosteron sorgt nach der Pubertät neben dem Erhalt der sekundären Geschlechtsmerkmale (z.B. Körperbehaarung, Muskelmasse, Körperfettverteilung) auch für die Aufrechterhaltung von sexueller Appetenz und sexuellen Fantasien. Cyproteronacetat bewirkt eine Rezeptorblockade sowohl in den androgensensiblen Hirnarealen (zentrale antiandrogene Wirkung) als auch an den peripheren Zielorganen.

GnRH-Analoga zeichnen sich durch eine Wirkung an den GnRH-Rezeptoren an den Gonadotropin synthetisierenden Zellen der Hypophyse aus (receptor-down-regulation). Sie bewirken, dass die Sekretion von Gonadotropin vermindert wird, wodurch eine deutliche Reduzierung der testikulären Androgen-Biosynthese erreicht wird.

Im Gegensatz zu den Antiandrogenern wirken die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer nicht über eine Veränderung des Testosteronhaushalts dämpfend auf die sexuellen Impulse, sondern vermutlich über eine insgesamt

langsamere Anflutung von Gefühlszuständen und - falls vorhanden - über eine Beeinflussung der zwanghaften Befassung mit sexuellen Inhalten.

Die Differentialindikation für die verschiedenen Medikamentengruppen hängt in erster Linie von den Ressourcen der Patienten im Hinblick auf die Verhaltenskontrolle ab. Bei gut erhaltener Kontrolle über die sexuellen Impulse kommt primär der Einsatz von SSRI in Betracht, bei mittelgradig beeinträchtigter Verhaltenskontrolle sollte bei mangelnder Ansprechbarkeit durch SSRI rasch auf antiandrogene Medikamente umgestellt werden. Bei gering ausgeprägter Fähigkeit, Impulse zu kontrollieren sollten von vornherein antiandrogene Pharmaka verordnet werden. Eine Kombination aus antiandrogener Medikation und SSRI kann sinnvoll sein.<sup>24</sup>

Bei dem so aufgebauten Manual handelt es sich also um ein Konzept, das sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren in Diagnostik und Behandlung berücksichtigt.

### **3. Theoretische Grundlagen zur Anpassung des Manuals „*Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder*“ an die Gegebenheiten der Einzeltherapie**

Die Grundlage des hier vorgestellten Therapiemanuals für das einzeltherapeutische Setting ist ein Manual für eine Dissexualitätsbehandlung in der Gruppe. Es nutzt Methoden und Interventionen aus psychotherapeutischem und sexualmedizinischem Kontext und stellt darüber hinaus optional eine medikamentöse Behandlung zur Dämpfung sexueller Impulse zur Verfügung.

Im Hinblick auf zeitlich-organisatorische Aspekte war bei der Anpassung des Behandlungsprogramms zu berücksichtigen, dass das für die Gruppentherapie entwickelte Manual 45 Sitzungen von je drei Stunden Dauer vorsah. Für die Einzeltherapie ist eine Sitzungsdauer von jeweils 50 Minuten bei gleicher Sitzungszahl vorgesehen. Die einzelnen Module mussten also der zeitlichen Struktur der Einzeltherapie angepasst werden.

---

<sup>24</sup> Beier, K. M., Amelung, T., Pauls A., 2010

In verschiedenen Modulen der Gruppenbehandlung sind mehrere Übungen zu bestimmten Themenbereichen vorgesehen, deren Zusammensetzung in der Einzeltherapie den individuellen Bedürfnissen des Pat. entsprechend verändert werden konnte.

So finden sich bspw. im Modul *Wahrnehmung* insgesamt sechs Übungen zur Wahrnehmung, die in der Gruppe einen Zeitaufwand von ca. 130 Minuten umfassen. Selbst unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Nachbearbeitung einer Übung im Einzelsetting weniger Zeit in Anspruch nimmt als in der Gruppe, sind diese Übungen nicht im kompletten Umfang in einem Zeitraum von 50 Minuten durchzuführen.

Die Auswahl der zur Anwendung kommenden Übungen orientiert sich individuell an den beim jeweiligen Patienten vorhandenen Ressourcen bzw. Defiziten. Die Inhalte nicht durchgeführter Übungen können ggf. auch im Gespräch erörtert werden. Weiterhin gibt es die Möglichkeit, die Zahl der angebotenen Sitzungen zu einzelnen Modulen zu vergrößern, um die zur Bearbeitung der vorliegenden Problematik notwendig erscheinende Zeit zur Verfügung zu stellen (Reserve in der Sitzungszahl).

Im Manual sind darüber hinaus spezifische Übungen zur Gruppendynamik vorgesehen, die aus inhaltlichen Gründen im Einzelsetting keine Anwendung finden und daher ersatzlos gestrichen werden konnten.

Ein für das einzeltherapeutische Setting nicht zu verändernder Bestandteil des Manuals für die Gruppentherapie ist die eigenständige Bearbeitung von Aufgaben außerhalb der Therapiesitzungen. Diese Aufgabenstellungen konnten im Wesentlichen unverändert in die Einzeltherapie übernommen werden, da sie vom Patienten alleine und eigenständig zu bearbeiten sind. Es handelt sich um themenzentrierte Aufgaben wie die Erstellung von Selbstbeobachtungsprotokollen oder Tagebuchaufzeichnungen, die vom Patienten schriftlich zu Hause zu erledigen sind.

Für die Anpassung des Manuals an die spezifischen Erfordernisse des einzeltherapeutischen Settings waren weiterhin Unterschiede der beiden Verfahren im Hinblick auf ihre Wirkfaktoren zu berücksichtigen.



Bei dem hier vorgestellten Behandlungskonzept handelt es sich um ein vorwiegend gesprächsbasiertes Verfahren, so dass die allgemeinen Wirkfaktoren einer psychotherapeutischen Behandlung Gültigkeit haben dürften. Diese Faktoren sind von Frank 1971 schulunabhängig zusammengefasst worden: Als Voraussetzung für die Wirksamkeit einer therapeutischen Behandlung sieht er

- „1. An intense, emotionally charged, confiding relationship with a helping person, often with the participation of a group.
2. A rationale, or myth, which includes an explanation of the cause of the patient's distress and a method for relieving it. To be effective, the therapeutic myth must be compatible with the cultural world-view shared by patient and therapist.“<sup>25</sup>

Die Wirksamkeit einer Psychotherapie hängt demnach in hohem Maße davon ab, ob das therapeutische Gespräch dem Patienten die Möglichkeit bietet, sich zu artikulieren und ob das Artikulierte vom Therapeuten verstanden wird.

Grawe fand die von Frank 1971 formulierten Thesen in seiner umfangreichen Forschung zur Effektivität von Psychotherapie bestätigt.

Wegen der zentralen Bedeutung einer guten Therapiebeziehung für das Therapieergebnis – die funktionale Bedeutung der Therapiebeziehung für den Therapieerfolg ist durch mehrere hundert signifikante Zusammenhänge bestätigt und kann als das am besten gesicherte Ergebnis der gesamten bisherigen Psychotherapieforschung angesehen werden – muss in der Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Therapiebeziehung einer der wichtigsten Beiträge des Therapeuten zum Therapieerfolg gesehen werden.<sup>26</sup>

Im Hinblick auf diese allgemeinen Wirkfaktoren eines therapeutischen Dialogs sind Unterschiede zwischen Gruppentherapie und Einzeltherapie zu berücksichtigen, da sich interaktionelle Strukturen in der Gruppe anders herausbilden als im dyadischen System des Einzelsettings.

Ein wesentlicher Wirkfaktor einer Gruppentherapie besteht im interpersonalem Lernen. Die Teilnehmer einer Gruppentherapie lernen in der Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern, dass sie an der Entstehung einer leiderfüllten Lebenssituation selbst beteiligt sind, indem sie bspw. durch ihr erniedrigtes oder beschädigtes Selbstbild davon ausgehen, dass auch die anderen Gruppenmitglieder sie selbst in der gleichen Qualität bewerten. Sie interpretieren die Verhaltensweisen des Gegenübers im Sinne der eigenen Sichtweise. In der Interaktion der

---

<sup>25</sup> Frank, J. D., 1971, S. 355

<sup>26</sup> Grawe, K, Donati, R., Bernauer, F., 1994/1995

Gruppenteilnehmer untereinander besteht damit die Möglichkeit, bei angemessener Bearbeitung dieser weitgehend automatisierten Verhaltensmuster u. a. durch Realitätskontrolle neue Erfahrungen zu machen und letztlich neue Möglichkeiten des Verhaltens auszuprobieren und sie schließlich zu integrieren<sup>27</sup>.

Dem Therapeuten kommt die Aufgabe zu, die interaktionellen Prozesse innerhalb der Gruppe zu fördern und sie gemeinsam mit der Gruppe zu bearbeiten.

So hilft das Gruppensetting den Teilnehmern auch zu erkennen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind. Es können sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zu anderen entdeckt werden, was die Entwicklung der Fähigkeit fördert, die eigene Persönlichkeit und die der anderen Gruppenmitglieder differenzierter wahrzunehmen, das Gefühl von Individualität zu stärken und somit letztlich eine bessere Introspektionsfähigkeit zu erreichen. Durch die Erfahrung, von anderen verstanden zu werden und durch das Entwickeln des eigenen Verständnisses für andere wird die Empathiefähigkeit gefördert.

Die Einzeltherapie zeichnet sich dagegen dadurch aus, dass der Therapeut dem Patienten als einzige Person zur Verfügung steht. Somit steht er allein sowohl den Erwartungen und Wünschen des Patienten gegenüber als auch seinen Ängsten, Aggressionen und seinem Misstrauen.

Die Gefühle und Einstellungen, die der Patient in die therapeutische Beziehung einbringt, werden in der tiefenpsychologischen Theorie als Übertragung konzeptualisiert.

„Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung und sie wirkt umso stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt.“<sup>28</sup>

Dem Phänomen der Übertragung sollte in der Behandlung von Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz im Einzelsetting besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Fantasie des Patienten beinhaltet erfahrungsgemäß, dass ihm aufgrund seiner Präferenzstruktur primär mit Abscheu, Ekel und Strafbedürfnis begegnet wird. Die Grundlage dieser Befürchtungen liegt im oben genannten geringen

---

<sup>27</sup> Yalom, I. D., 1996

<sup>28</sup> S. Freud, 1910a

Selbstwertgefühl, das bei einer großen Zahl von pädophilen oder hebephilen Männern in erster Linie durch die sexuelle Präferenz und deren Stigmatisierung bestimmt ist. Auch Männer mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz, die noch keine Straftat begangen haben, weisen oft eine solche Problematik auf. Allein die Fantasie, eine sexuelle Handlung an einem Kind zu begehen oder begangen zu haben scheint zu genügen, um Verurteilungs- und Bestrafungsfantasien zu etablieren und zu festigen, die dann wiederum den Umgang des Patienten mit seinen Bezugspersonen, hier mit dem Therapeuten, bestimmen.

Den an der Norm orientierten Erwartungen entsprechend sehen die Patienten den Therapeuten oder die Therapeutin als heterosexuell und in der Präferenz auf altersentsprechende Sexualpartner ausgerichtet. Sich selbst erleben sie dagegen als minderwertig und erwarten, der Therapeut oder die Therapeutin steht ihnen mit Ablehnung gegenüber, der sie wiederum mit unterschiedlichen Strategien begegnen.

Viele Patienten bagatellisieren bspw. stattgehabte Delikte, indem sie betonen, sie seien weder in der Fantasie noch im realen Verhalten gewalttätig gegenüber einem Kind geworden. Sie tragen die Einschätzung vor, sie seien von einer Einvernehmlichkeit der sexuellen Handlungen ausgegangen, bei der es sich um eine kognitive Verzerrung handelt. Sie wollen damit verdeutlichen, dass ihr Handeln nicht dem eines gewalttätigen Sexualstraftäters entspricht, dass ihre Tat als weniger gravierend einzuschätzen ist. Die in der Fantasie erwartete Bestrafung soll unterbleiben oder zumindest gemildert werden.

Das Verhalten des Patienten in der Interaktion mit dem Therapeuten richtet sich nach den vermuteten Erwartungen des Therapeuten, dem Grundbedürfnis nach Akzeptanz wird so Ausdruck verliehen.

Dabei ist zu beachten, dass diese Vorgänge nicht im Sinne bewusst gesteuerten Verhaltens zu verstehen sind, sondern weitgehend automatisiert und zunächst ohne bewusste Zugriffsmöglichkeit ablaufen.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, das Phänomen wahrzunehmen und es im therapeutischen Gespräch zu thematisieren. Durch eine konsequente Bearbeitung dieser Übertragungsangebote der Patienten in der therapeutischen Beziehung und eine angemessene Realitätskontrolle im Sinne einer authentischen Positionierung des Therapeuten kann dem Patienten im Rahmen der hier vorgestellten manualisierten Behandlung mit einem Umfang von bis zu 45 Sitzungen bewusst werden, wie sie durch ihre Erwartungen gesteuert manipulativ Einfluss auf

ihren Gesprächspartner ausüben. Schließlich können sie die Erfahrung machen, dass ihnen im Kontext der therapeutischen Behandlung anders begegnet wird, als sie es von ihrer Umgebung ansonsten erwarten.

Die klare Positionierung des Therapeuten im Sinne einer Akzeptanz der sexuellen Präferenz an sich und einer ablehnenden Haltung gegenüber dissexuellem Verhalten kann so vorbildhaften Charakter haben und den Patienten dabei unterstützen, sich der Akzeptanz seiner eigenen sexuellen Präferenzstruktur und deren Integration ins Persönlichkeitsbild zu nähern. Akzeptanz ist hier nicht im Sinne eines Gutheißen zu verstehen, sondern als ein Annehmen einer unveränderlichen Tatsache.

Die sich in dieser Form etablierende Beziehung zwischen Therapeut und Patient bildet die Grundlage für Offenheit im therapeutischen Dialog, in dem über die individuellen Gefahrensituationen bezüglich eines möglichen sexuellen Übergriffs auf ein Kind gesprochen werden muss. Verhaltensstrategien, die der Vermeidung solcher Übergriffe dienen, sollten ebenso wie die Nutzung von Medikamenten zur Dämpfung sexueller Impulse ohne moralischen Druck besprochen werden können. Dabei muss jederzeit klar sein, dass dies nicht im Sinne einer Bestrafungsmaßnahme geschieht, sondern als Hilfe für das Anliegen des Patienten zu verstehen ist, keinen (weiteren) sexuellen Übergriff auf ein Kind zu begehen.

So kann der in der Einzeltherapie zu erwartende Mangel an Möglichkeiten, in einem mehrdimensionalen Beziehungsgeflecht interpersonal auf einer gleichberechtigten Ebene zu lernen und sich auf diesem Weg den Therapiezielen zu nähern, ausgeglichen werden.

## **4. Die Anpassung der einzelnen Module des Manuals**

In den folgenden Kapiteln werden zunächst jeweils die Inhalte und Ziele der einzelnen Module des Manuals für die Gruppentherapie kurz dargestellt. Daran anschließend wird erörtert, welche Veränderungen für das jeweilige Modul für die Anwendung im Einzelsetting vorgenommen worden sind.

### **4.1 Modul 1: Einführung**

Vor Beginn der Gruppentherapie nach dem Manual *Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder* finden Vorgespräche und eine umfangreiche Diagnostik statt. Nach Klärung der Indikation und Überprüfung der Motivation zur Behandlung beginnt die Behandlung mit der ersten Gruppensitzung. Das vorrangige Ziel der ersten Gruppensitzung besteht in der Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen Patienten und Therapeuten sowie zwischen den Teilnehmern untereinander. Die Gruppenkohäsion soll von Anbeginn gefördert werden, Therapieziele und Vorgehensweisen sollen grundsätzlich transparent gemacht werden. Grundsätze der Gruppenarbeit werden erarbeitet.

So dient die erste Therapiesitzung jedem Pat. zum Kennenlernen der anderen Gruppenteilnehmer und des Therapeuten sowie einer ersten Selbstöffnung der Patienten bezüglich ihrer Probleme, Bedürfnisse, Interessen und Erwartungen an die Gruppe.

In der ersten Sitzung im Einzelsetting lernen sich Therapeut und Patient kennen. Eine erste diagnostische Zuordnung soll im Erstgespräch anhand der vorliegenden Symptomatik erarbeitet werden. Weiterhin sollen erste Erkenntnisse über die aktuelle soziale Situation des Patienten gewonnen werden.

Darüber hinaus sind formale Kriterien wie Zugangsvoraussetzungen und Modalitäten der Therapie mit dem Patienten zu besprechen. Dazu gehören neben Frequenz und Dauer der geplanten Sitzungen auch die Modalitäten der Terminierung. Weiterhin ist es von Bedeutung, den Umgang mit der Schweigepflicht des Therapeuten insbesondere im Hinblick auf evtl. im Rahmen der therapeutischen

Gespräche mitgeteilte Straftaten transparent zu machen. Der Patient muss wissen, dass die ärztliche Schweigepflicht in vollem Umfang gilt.

Der Patient soll die Möglichkeit bekommen, seine Sicht auf die zugrunde liegende Störung sowie seine Wünsche und Erwartungen an die Therapie darzulegen, ggf. müssen bereits hier erste Korrekturen erfolgen, wenn der Pat. unrealistische Therapieziele verfolgt, indem Inhalte und Ziele der Behandlung kurz skizziert werden.

In der praktischen Umsetzung des Manuals zeigte sich, dass die Patienten mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Mitteilung zur ersten Sitzung erschienen sind. Allen war die zur Verfügung stehende Zeit zu knapp, um die ihnen wichtigen Umstände ihrer Lebens- und Leidensgeschichte darzulegen. Bei der Besprechung der zur Vorstellung führenden sexuellen Problematik fiel auf, dass oftmals ein Bedürfnis bestand, sich in ein „gutes Licht“ zu rücken. So wurde bspw. mehrfach betont, dass noch kein sexueller Übergriff auf ein Kind erfolgt sei und dass keinerlei Neigung zu Gewalt bestünde, im Gegenteil, dass die fantasierten sexuellen Handlungen mit Kindern einvernehmlich vonstatten gingen. Weiterhin fiel eine deutliche Tendenz auf, die Folgen der stattgehabten sexuellen Übergriffe zu bagatellisieren.

Symptome psychischer und psychosomatischer Erkrankungen wie depressive Verstimmungen oder Angstzustände, Spannungskopfschmerzen und andere Befindlichkeitsstörungen sowie sexuelle Funktionsstörungen wurden darüber hinaus berichtet.

Im Hinblick auf die Zielsetzung der Behandlung fiel auf, dass alle Probanden in der ersten Sitzung mehr oder weniger unrealistische Therapieziele benannt haben. Sie berichteten von ihrer Hoffnung, nach der Behandlung eine befriedigende sexuelle Beziehung zu einer erwachsenen Person aufnehmen zu können oder äußerten den Wunsch, die Zustände des Verliebtseins in ein Kind mögen nicht mehr auftreten, um den resultierenden Gefühlsschwankungen und Selbstvorwürfen nicht mehr ausgesetzt zu sein.

Alle Probanden zeigten sich enttäuscht über die Aussage, dass es sich hierbei um unrealistische Therapieziele handelt, beschlossen aber trotzdem, sich der Behandlung zu unterziehen. Bemerkenswert ist hierbei, dass sie am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité bereits untersucht waren und dort

explizit auf die Unveränderbarkeit der sexuellen Präferenzstruktur<sup>29</sup> sowie über die Inhalte der Behandlung und deren integrative Zielsetzung informiert worden waren.

#### **4.2. Modul 2: Motivation**

Für das zweite Modul der Gruppentherapie sind zwei Sitzungen vorgesehen. Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung soll weitergeführt werden, der Gruppenzusammenhalt gefördert.

Weitere Behandlungsziele liegen in der Analyse der Motivation und in der Präzisierung der individuellen pädophilen Problematik.

Es soll bereits hier an der ersten (oder weiteren) Akzeptanz und Integration der eigenen sexuellen Präferenzstruktur gearbeitet werden.

Für die Bearbeitung der Inhalte des Moduls Motivation werden im Einzelsetting mehr Sitzungen für erforderlich erachtet als in der Gruppentherapie.

Die erste diesem Modul zuzuordnende Sitzung ist der Erhebung einer biografischen Anamnese vorbehalten. Der Therapeut gewinnt diagnostische Erkenntnisse über evtl. vorhandene andere Krankheiten einschließlich neurotischer Erkrankungen.

Die zweite Sitzung ist der Erarbeitung der Sexualanamnese vorbehalten. Mit Hilfe des am Institut für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft der Charité Berlin entwickelten Selbstbeurteilungsverfahrens „Sexualpräferenz-Männchen“<sup>30</sup> kann der sexualdiagnostische Prozess ergänzt und in die therapeutische Arbeit integriert werden.

Weiterhin sollen in dieser zweiten Sitzung Begrifflichkeiten geklärt werden, wie z.B. das Drei-Achsen-Modell der Sexualpräferenz, bestehend aus sexueller Orientierung, Ausrichtung und Neigung sowie die Begriffe Pädophilie, Hebephilie und Teleophilie zur Unterscheidung der sexuellen Ansprechbarkeit auf das kindliche, jugendliche und erwachsene Körperschema.<sup>31</sup>

Eine erste Hausaufgabe wird dem Patienten in diesem Modul mitgegeben. Sie besteht darin, die individuellen Therapieziele schriftlich zu formulieren. In der

---

<sup>29</sup> Beier, K. M., Bosinski, H., Loewit, K. 2005

<sup>30</sup> Ahlers, C., Neutze, J., Mundt, I., Hupp, E. et al., 2008, S. 95 ff

<sup>31</sup> Ahlers, Ch. J. 2009

folgenden Sitzung werden die zu Hause erarbeiteten Therapieziele des Patienten untersucht und der Frage unterzogen, wie realistisch oder unrealistisch einzelne Zielvorstellungen sind.

Im weiteren Verlauf wird dem Patienten eine Übung zur Akzeptanz unveränderlicher Lebensumstände angeboten. Sie soll dem Pat. deutlich machen, wie er selbst Veränderungen an seinen Verhaltensmustern durch mangelnde Akzeptanz behindern oder durch zunehmende Akzeptanz fördern kann.

In der darauf folgenden Sitzung wird mit dem Pat. im Rahmen einer Imaginationsübung die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung exploriert und trainiert. Der Patient soll im Rahmen einer Entspannung in der Fantasie nacheinander zwei Positionen einer vorgegebenen Handlung einnehmen und im Anschluss an die jeweils erlebte Situation die zugehörigen strukturierten Selbstbeobachtungsbögen ausfüllen. Diese werden anschließend mit dem Therapeuten besprochen.

In der Gruppentherapie findet zu diesem Zweck ein Rollenspiel Anwendung, auf das im Einzelsetting verzichtet wurde. Die vorgenommene Änderung beruht auf der Erfahrung, dass die Patienten in dieser frühen Phase der Therapie unmittelbar nach Abschluss der Diagnostik häufig unter einem erheblichen Leistungsdruck stehen. Die Übertragung ist zu diesem Zeitpunkt noch überwiegend von Befürchtungen dominiert, abgelehnt und verurteilt zu werden.

Das Angebot einer Imaginationsübung bietet hier den Vorteil, dass der Pat. sich zunächst in sein inneres Erleben zurückziehen kann und darüber anschließend ein Selbstbeobachtungsprotokoll erstellt, über das dann mit dem Therapeuten gesprochen werden kann. Rollenspiele sind im Einzelsetting einer späteren Therapiephase vorbehalten, in der sich eine fruchtbare therapeutische Beziehung etabliert und stabilisiert hat.

In der Umsetzung des Programms wurde deutlich, dass bei den Probanden ein großes Bedürfnis nach Mitteilung bestand. Die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge wurden ausführlich und detailliert berichtet.

Bei der Erhebung der Sexualanamnese fielen Schwierigkeiten im Umgang mit der sexuellen Präferenz auf. So zeigte sich ein Proband in höchstem Maße unangenehm berührt, dass der Therapeut das Wort „pädophil“ benutzte und bat darum, dieses Wort doch aus dem Vokabular im Umgang miteinander zu beseitigen, es schmerze ihn, das Wort zu hören.



Andere zeigten sich zurückhaltend und ängstlich. Eine Benennung des körperlichen Entwicklungszustandes der sexuell begehrten Personen war ihnen zu diesem Zeitpunkt nur in Andeutungen und Umschreibungen möglich. In der Bearbeitung der Frage nach den Gründen für das vorliegende Verhalten traten Scham und Befürchtungen, abgelehnt zu werden in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Im Rahmen der Arbeitseinheit „Sexuelles Präferenzmännchen“ konnten alle Patienten die entsprechenden Angaben in schriftlicher Form machen. Das Gespräch über die Inhalte gestaltete sich dann aus den genannten Gründen jedoch schwierig.

Bei der Bearbeitung der Therapieziele wurde wiederholt die Enttäuschung darüber formuliert, dass die Präferenzstruktur für unveränderlich gehalten wird. Die Erkenntnis, dass nicht damit zu rechnen ist, dass die geplante Behandlung zu einer befriedigenden Sexualität mit altersentsprechenden Partnern führen wird und die pädophile Sexualpräferenz somit geheilt ist, war für die Probanden enttäuschend.

#### **4.3. Modul 3:    Medikamente zur Verringerung des sexuellen Verlangens**

Bei diesem Teil des Manuals handelt es sich um eine Arbeitseinheit, die in erster Linie der Informationsvermittlung dient. Medikamente zur Verringerung des sexuellen Verlangens können im Rahmen der Behandlung eingesetzt werden. Die Patienten werden in diesem Modul, für das eine Sitzung vorgesehen ist, ausführlich über Wirkungsweise und unerwünschte Wirkungen des jeweiligen Medikamentes, sowie über Modalitäten der Einnahme informiert. Es werden weiterhin anonymisierte Berichte von Patienten, die eine derartige medikamentöse Behandlung absolviert haben, in schriftlicher Form ausgehändigt. Über die vorgestellten Erfahrungen erfolgt ein Austausch im Gespräch. So stellen sich durch die Vielfalt der Teilnehmer unterschiedliche Sichtweisen auf die medikamentöse Behandlung dar und können reflektiert und bearbeitet werden.

Im Dialog der Einzeltherapie sollen vom Therapeuten die Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Behandlung verdeutlicht, sowie die Einstellung des Patienten zu einer derartigen Behandlung erfragt werden.

In dieser Arbeitseinheit zeigte sich eine eher skeptische Haltung der hier behandelten Probanden gegenüber einer Medikation zur Dämpfung sexueller Impulse. Die ablehnende Haltung wurde im Allgemeinen mit einer insgesamt skeptischen Haltung Medikamenten gegenüber begründet. Gleichzeitig bestand die Einsicht, dass eine Medikation bei den Patienten, deren Berichte zur Lektüre verteilt wurden, sinnvoll und segensreich war. Es mangelte aber deutlich an Einsicht, dass das jeweils eigene sexuelle Verhalten der Probanden (hier größtenteils Masturbation zu entsprechenden Fantasien, Geschichten und Bildern im Internet) dem in den überlassenen Berichten geschilderten Ausmaß ähnlich war. So konnte auch in der Beschäftigung mit diesem Teil des Behandlungskonzepts die Gefahr der Bagatellisierung des eigenen Handelns herausgearbeitet werden. Schließlich konnte bei den einzelnen Patienten eine Einstellung etabliert werden, die es zuließ, die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung präsent zu halten und für den Fall einer Zunahme der Intensität der sexuellen Impulse in Erwägung zu ziehen.

#### **4.4. Modul 4: Wahrnehmung**

Das Manual für die Gruppentherapie sieht für dieses Modul vier Sitzungen vor. Die Zielsetzung dieses Behandlungsabschnitts besteht in der Vermittlung von Konzepten zu Wahrnehmungs- und Denkfehlern, die innere Schranken überwinden und somit zu einem sexuellen Übergriff führen könnten. Durch die Vorstellung eines theoretischen Modells von Wahrnehmung sollen verschiedene Ansatzmöglichkeiten zu Korrekturen von spezifischen Wahrnehmungsfehlern und Fehlinterpretationen von beobachtetem Verhalten bei anderen (hier insbesondere bei Kindern) verdeutlicht werden. Imaginationsübungen und deren Auswertung mit Selbstbeobachtungsprotokollen sowie verschiedene Rollenspiele finden Anwendung. Sie verdeutlichen vorliegende Wahrnehmungsverzerrungen insbesondere im Hinblick auf Kontaktsituationen, in denen sexuelle Impulse eine Rolle spielen.

Ein weiteres Anliegen dieses Moduls besteht in der Etablierung von Grundkonzepten zum Thema des sexuellen Missbrauchs und der Einvernehmlichkeit sexueller Handlungen. Mythen, die von Personen mit pädophiler Sexualpräferenz zur Begründung und Rechtfertigung von sexuellen Handlungen mit Kindern angeführt

werden, sollen aufgedeckt und korrigiert werden. Arbeits- und Informationsblätter mit den entsprechenden Inhalten werden an die Patienten verteilt.

Weitere Zielsetzungen dieses Moduls bestehen darin, die Akzeptanz und damit die Integration der paraphilen Sexualstruktur zu fördern, Übungen zur Selbstkontrolle durchzuführen und irrationale Ängste abzubauen, allein durch fantasierte sexuelle Handlungen mit Kindern zu einem „Sexmonster“ zu werden. Eine Imaginationsübung zu den als unangenehm erlebten sexuellen Fantasien dient als Grundlage für die Bearbeitung der Problematik.

Schließlich werden Übungen zur Vermeidung von kognitiven Verzerrungen angeboten und am Aufbau von Selbstwirksamkeit über die Modifikation und Steuerung der eigenen Wahrnehmung gearbeitet.

Arbeitsblätter mit grafischen Darstellungen über Strukturen der Wahrnehmung und interaktionelle Übungen dienen als Grundlage für die Bearbeitung der in diesem Teil des Moduls gesetzten Ziele.

Die im Gruppenmanual angewandten Imaginationsübungen zu Verzerrungen der Wahrnehmung wurden wie die Wissensvermittlung unverändert in das Manual zur Einzeltherapie übernommen. Die Ausarbeitung der Übungen wird wie die Besprechung der Hausaufgaben als Dialog mit dem Therapeuten durchgeführt.

Die einzelnen Übungen zu den Wahrnehmungsverzerrungen sollen den Ressourcen und Defiziten der einzelnen Patienten entsprechend selektiert werden. Aus den Selbstbeobachtungsprotokollen soll das individuelle Repertoire an Denkmustern bzgl. der eigenen sexuellen Fantasien herausgearbeitet werden. Weitere Möglichkeiten kognitiver Verzerrungen zur Rechtfertigung sexueller Handlungen mit Kindern sollen dann im Dialog des therapeutischen Gesprächs Berücksichtigung finden.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit sollen die Selbstbeobachtungsprotokolle des Patienten stehen. Sie sollen als Ausgangspunkt für die Erarbeitung der modulbezogenen Therapieziele dienen.

In der Umsetzung fiel auf, dass einige Probanden dazu tendierten, die als Hausaufgabe gedachten Selbstbeobachtungsprotokolle nicht wie aufgetragen anhand konkret erlebter Situationen zu verfassen. Vielmehr griffen sie eher distanziert und abstrakt Alltagssituationen auf, wobei die Protokolle eher allgemein gehalten verfasst

wurden. „Immer wenn ich in der S-Bahn sitze...“ lautete bspw. die Einleitung für eines der Protokolle. Es bedurfte immer wieder der Erläuterung, dass konkret erlebte Situationen zeitnah protokolliert werden sollten, um deutlicher herausarbeiten zu können, was der Proband innerlich in der jeweiligen Situation erlebt hat.

Der Zugang zum eigenen inneren Erleben war aufgrund der mobilisierten Gefühle von Scham und Schuld erschwert. Die Erkenntnis darüber brachte vielfach Gefühle von Einsamkeit zum Vorschein.

Schwierigkeiten in der Bearbeitung der Protokolle bestanden im Auseinanderhalten von Gefühlen, Körperwahrnehmung und Gedanken.

Angesichts der Konfrontation mit eigenen Fantasien und Gedanken im Bereich der Sexualität wurde vereinzelt heftige Ablehnung gegenüber den therapeutischen Methoden formuliert, die als Ausdruck einer Ängstlichkeit bzgl. der zu bearbeitenden Fantasien und Gefühle interpretiert werden konnte. Als Begründung für das inhaltliche Ausweichen in einzelnen Aufgaben oder auch Nichterledigen der Hausaufgaben wurde u. a. angeführt, es hätten keine Kontakte zu Kindern stattgefunden.

Das Notieren der Gedanken brachte die in der Fantasie erlebten Handlungen näher in den Bereich eines realen Erlebens und förderte somit das unangenehme Erleben von Schuld- und Schamgefühlen. Ein Patient kam zu einer Sitzung mit der Bemerkung, er habe zur heutigen Stunde gar kein Protokoll anfertigen können, er leide seit Beginn der Behandlung mehr denn je und könne sich deswegen nicht mehr unausgesetzt damit beschäftigen. Er äußerte darüber hinaus die Befürchtung, sich durch die Beschäftigung mit den sexuellen Fantasien einem tatsächlichen Übergriff zu nähern. Diese Äußerungen drückten die Abwehr des Patienten gegen die Beschäftigung mit der zugrunde liegenden Problematik aus und wurden eingehend bearbeitet.

Akzeptanz und Integration der eigenen Sexualpräferenz bereiteten den Probanden erhebliche Schwierigkeiten, die der intensiven Bearbeitung bedurften. Aus diesem Grund musste bei vier von sechs Patienten eine zusätzliche Sitzung zum Themenkreis der Wahrnehmung durchgeführt werden.

#### **4.5. Modul 5: Gefühle**

Im Modul für die Gruppentherapie sind für diesen Themenbereich zwei Sitzungen vorgesehen.

Die Zielsetzung dieses Behandlungsabschnitts besteht in der Vermittlung von Kenntnissen über den bewussten Umgang mit Gefühlen, deren Wahrnehmung und Bedeutung. Außerdem soll am Verständnis für den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten gearbeitet werden. Die Introspektionsfähigkeit soll gefördert und die Fähigkeit zur Verbalisierung von Gefühlen trainiert werden.

Zur Bearbeitung der Thematik werden Übungen in Kleingruppen angeboten, in deren Rahmen die Patienten erarbeiten sollen, wie Gefühle erkannt und ausgedrückt werden können. Anschließend wird die Frage erörtert, welchen Nutzen Gefühle haben können, welche Einstellungen ihnen gegenüber es gibt und in welcher Relation sie zum Denken und Handeln stehen.

Der Aufbau einer Selbstwirksamkeitserwartung über die Vermittlung eines angemessenen Umgangs mit Gefühlen soll schließlich begonnen werden.

Angesichts der weitreichenden Inhalte dieses Moduls und der vermuteten Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen wurden für die Einzeltherapie drei Sitzungen geplant.

In der einzeltherapeutischen Arbeit kann nicht wie in der Gruppentherapie auf die Erfahrung mehrerer Personen zurückgegriffen werden, so dass die den einzelnen Patienten bekannten und erlebnisnahen Gefühle den Ausgangspunkt für die Bearbeitung der Inhalte dieses Moduls im Dialog mit dem Therapeuten bilden.

Die in der Gruppentherapie angewandten Arbeitsblätter und Hausaufgaben können unverändert übernommen werden.

In der Umsetzung zeigte sich, dass ausgehend von den als Hausaufgaben bearbeiteten Selbstbeobachtungsbögen die Ziele dieses Teils des Manuals erarbeitet werden konnten. Die Patienten bedurften eingehender therapeutischer Unterstützung, um Defizite in der Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen zu erkennen und sie zu reflektieren. Bei einem der Patienten war eine zusätzliche Sitzung erforderlich, um das im Kontext anflutende Material zu ordnen und angemessen zu bearbeiten.

#### **4.6. Modul 6: Sexuelles Erleben in Fantasien versus sexuelles Verhalten in Handlungen**

Diesem Themenbereich sind in der Gruppentherapie fünf Sitzungen gewidmet. Das Ziel dieses Moduls besteht darin, die eigenen sexuellen Fantasien besser kennen zu lernen und gewissermaßen Experte für sie zu werden. Die Wahrnehmung der eigenen Fantasien auf der einen und des sexuellen Verhaltens auf der anderen Seite sollen spezifisch geschult, Möglichkeiten der Verhaltenssteuerung sollen erörtert werden. Mechanismen der Verharmlosung, Leugnung und Rationalisierung sollen ebenso wie vorhandene Ressourcen zur Impulskontrolle explizit aufgedeckt werden.

Übergeordnet sollen Ängste, über die sexuellen Fantasien zu berichten betrachtet und ggf. auch reduziert werden.

Ein Zyklus von sexuellem Erleben und Verhalten soll in der Gruppe erarbeitet werden, um deutlich zu machen, an welchen Stellen Einfluss auf das Verhalten genommen werden kann.

Im Verlauf der Sitzungen erhält dann jeder Patient in der Gruppe die Möglichkeit über sein individuelles sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten zu berichten. Für jeden Patienten wird ein Zeitaufwand von ca. 45 Minuten berechnet.

In der Einzeltherapie werden für dieses Modul drei Sitzungen geplant. Der Verzicht auf die Erfahrung anderer Gruppenmitglieder macht es auch hier erforderlich, dass auf evtl. bestehende Defizite durch den Therapeuten hingewiesen wird und ggf. Ergänzungen vorgenommen werden.

Nach einem eher theoretisch orientierten Einstieg in die Problematik (Erarbeitung des Zyklus von sexuellem Erleben und Verhalten) in der ersten Sitzung des Moduls erhält der Patient die Aufgabe, zu Hause eine Beschreibung eines stattgehabten oder eines fantasierten sexuellen Kontakts zu einem Kind zu erarbeiten.

Dieser Bericht ist dann Grundlage der folgenden Sitzungen, in denen mit dem Patienten erarbeitet werden soll, an welchen Stellen im Zyklus Möglichkeiten der Einflussnahme bestehen.

In der Umsetzung des Manuals im Setting der Einzeltherapie fielen erneut die erheblichen Schwierigkeiten der Probanden auf, die sexuellen Fantasien oder das sexuelle Verhalten im Gespräch einzubringen und es klar zu benennen. Die

Fantasien wurden zum Teil ich-dyston erlebt, Schuld- und Schamgefühle spielten nach wie vor eine erhebliche Rolle im Umgang der Probanden mit dem Therapeuten, so dass es weiterhin zu Bagatellisierungen und Verleugnungen innerhalb des therapeutischen Kontakts gekommen ist. Diese Widerstände wurden bearbeitet, was anschließend zu einer gewissen Entlastung und schließlich zu einem Dialog über die im Modul gestellte Thematik geführt hat.

Bei einem Probanden wurde der Wunsch nach Heilung im Sinne eines Abstellens der Präferenz bzw. die feste Überzeugung, dass dies möglich sei, erneut vorgetragen. Ein anderer brachte im Rahmen dieses Moduls ein, dass die Beziehung zu seiner Ehefrau wieder an Qualität gewonnen habe und er zunehmend auch wieder Lust habe, mit ihr sexuelle Kontakte zu haben. Weiterhin habe er sich in den letzten Wochen vermehrt seinen Hobbies zugewandt, um dort Ablenkung zu finden. Er wertete dies als einen Schritt in die Richtung einer Heilung der sexuellen Präferenzstörung. Auf genaueres Nachfragen wurde aber auch hier deutlich, dass die auf Kinder bezogenen Fantasien keineswegs rückläufig waren, was wiederum zu erheblicher Enttäuschung führte (dieser Proband ist sexuell sowohl durch ein erwachsenes als auch eines kindliches Körperschema weiblichen Geschlechts ansprechbar, bei ihm liegt eine heteropädophile Nebenströmung vor).

Die Gefühle von Scham, Abscheu und Angst vor Bestrafung, die durch die Bearbeitung der pädophilen Präferenzstruktur mobilisiert wurden, konnten allmählich thematisiert und integriert werden.

Die Hausaufgabe, ein Tagebuch zu führen war in diesem Abschnitt der Behandlung großen Schwankungen ausgesetzt. Bei zwei Patienten stellte sich die Abwehr so ausgeprägt dar, dass für die Bearbeitung der zugrunde liegenden Befürchtungen und Ängste zwei zusätzliche Sitzungen anberaumt werden mussten.

#### **4.7. Modul 7: Opferempathie**

Für dieses Modul sind in der Gruppentherapie sieben Sitzungen vorgesehen. Zielsetzung des Behandlungsabschnitts ist es, die Fähigkeit zu fördern, andere Menschen wahrzunehmen, zu verstehen und sich in ihre Lage zu versetzen. Diese Fähigkeiten sollen in einem weiteren Schritt auf potentielle Opfer der Patienten übertragen werden.

Es gibt Hinweise, dass ein Teil pädophiler Sexualstraftäter durchaus Einfühlungsvermögen für andere Menschen aufweist, nicht jedoch für die eigenen Opfer. Ziel des Moduls ist es, den Patienten ein Verständnis dafür zu vermitteln, welche Gefühle, Gedanken und Empfindungen Kinder erleiden könnten, wenn sie Opfer der von den Patienten begangenen oder fantasierten sexuellen Handlungen werden.

Zunächst soll erklärt werden, was Empathie bedeutet, Merkmale von Empathie sollen in der Gruppe erarbeitet werden. Nach Aufwerfen der Frage, warum Empathie im Rahmen eines Therapieprogramms wie dem Vorliegenden eine Rolle spielen soll, werden den Patienten schriftliche Erfahrungsberichte von Opfern sexuellen Missbrauchs zur Lektüre ausgehändigt. Die Berichte sollen in der Gruppe ausführlich besprochen werden.

In den folgenden Sitzungen erhält jeder Patient die Möglichkeit, eine erlebte oder eine fantasierte Situation in Form eines Rollenspiels zu inszenieren und dabei einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Für die Rollenspiele werden Vereinbarungen bzgl. der einzuhaltenden Grenzen getroffen, jeder Patient soll einmal die Rolle eines Opfers einnehmen. Die Rollenspiele sollen jeweils nach deren Inszenierung besprochen und ausgewertet werden.

In Form einer weiteren Hausaufgabe sollen die Patienten nunmehr einen Brief an ihr (potenzielles) Opfer schreiben, der in der folgenden Sitzung bearbeitet werden soll. Die Briefe sollen in der folgenden Sitzung nacheinander in der Gruppe vorgelesen und ausgewertet werden.

In einem weiteren Schritt sollen die Patienten als Hausaufgabe einen Brief ihrer (potenziellen) Opfer an den Täter verfassen, der dann wiederum in der folgenden Sitzung bearbeitet wird.

Für die Planung der Einzeltherapien wurden die genannten Schritte ohne Veränderungen übernommen. Es wurden vier Sitzungen für die Bearbeitung der Thematik vorgesehen.

Die Rollenspiele werden in Form eines Monodramas inszeniert. Der Patient wird angehalten, beide Rollen - die des Täters und die des Opfers - im Wechsel einzunehmen. Die jeweiligen Positionen sollen an einem fest zugeordneten Sitzplatz eingenommen werden, bei Rollenwechsel im Dialog soll der Sitzplatz gewechselt werden. Aufgabe des Therapeuten ist es, darauf zu achten, dass dies eingehalten



wird, nötigenfalls muss er intervenieren. Eine Verwirrung in der Rollenzuschreibung sollte vermieden werden.

Die Besprechung der folgenden Hausaufgaben erfolgt wiederum im Dialog zwischen Therapeut und Patient, in dem wie oben bereits mehrfach beschrieben auf Vermeidungsstrategien und Defizite zu achten ist.

In der Umsetzung fand sich die Vermutung bestätigt, dass die hier behandelten Probanden durchaus in der Lage sind, sich in die Gedanken und Gefühle anderer hineinzudenken und deren Perspektive einzunehmen. Es zeigte sich weiterhin, dass die Perspektivenübernahme auch für Opfer von Gewalt möglich ist, nicht jedoch für die eigenen Opfer der fantasierten oder stattgehabten sexuellen Übergriffe. Sowohl das Erleben der fantasierten als auch das der realen Opfer wurde zunächst ausgeblendet oder bspw. mit Hinweisen auf die angenommene Einvernehmlichkeit der sexuellen Handlungen bagatellisiert.

Die Rollenspiele verursachten Unbehagen, nachdem sie angekündigt waren. Ängste wurden formuliert, die Rollen nicht adäquat spielen zu können. Das ging so weit, dass ein Patient angab, er kenne seine Fantasien gar nicht und könne sie insofern auch nicht darstellen.

In den Rollenspielen konnten die Probanden schließlich aber das Empfinden der Opfer erleben und zeigten sich z. T. erstaunt darüber, dass dies ihrem Erleben vorher so fern war.

Selbstvorwürfe, Schuld- und Schamgefühle sowie Bestrafungsfantasien mit Wünschen nach Wiedergutmachung bildeten bei der Besprechung der Rollenspiele und der von den Probanden verfassten Briefe die dominierenden Gesprächsthemen in den folgenden Sitzungen.

#### **4.8. Modul 8: Lebenslauf**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual vier Sitzungen vorgesehen. Ein vorrangiges Ziel des Moduls liegt in der Erweiterung der Kenntnis der eigenen Lebensgeschichte, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung des individuellen Problemverhaltens. Dabei soll die bisherige Gestaltung sozialer und sexueller Kontakte besondere Berücksichtigung finden. Therapierelevante Ressourcen sollen aus der individuellen

Lerngeschichte extrapoliert und somit verfügbar gemacht werden, die Sexualstruktur soll weiter in das Selbstbild integriert werden.

Die Patienten erhalten in der letzten Sitzung des Moduls 7 eine Anleitung zur Verfassung eines Lebenslaufs, der bis zur ersten Sitzung des Moduls 8 schriftlich vorliegen soll.

Jeder Patient erhält die Möglichkeit, seinen Lebenslauf in der Gruppe vorzustellen und ihn mit den anderen Teilnehmern und den Therapeuten zu diskutieren.

Für die Einzeltherapie wurde nur eine Sitzung zur Bearbeitung des zu Hause erstellten Lebenslaufs vorgesehen. Der Ablauf gleicht der Planung in der Gruppentherapie. Die Inhalte sollen im Dialog mit dem Therapeuten bearbeitet werden.

In der Umsetzung wurde deutlich, dass die Probanden unzufrieden damit waren, dass zu diesem Themenbereich nur eine Sitzung geplant wurde. Es herrschte großes Interesse daran, sich mit der persönlichen Lebensgeschichte zu beschäftigen, um die aktuelle Situation besser verstehen zu können. So wurden bis zu drei Sitzungen mit der Thematik gefüllt, um die auftauchenden Fragen angemessen zu bearbeiten. Auch hier konnte der nicht erfüllbare Wunsch herausgearbeitet werden, die Ursachen für die pädophile Sexualpräferenz zu finden und so einen therapeutischen Ansatz zu finden, der eine Heilung im Sinne des Abstellens der Präferenz ermöglicht.

#### **4.9. Modul 9: Bewältigungsstrategien**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual zwei Sitzungen vorgesehen. Es soll daran gearbeitet werden, wirksame von unwirksamen Bewältigungsstrategien unterscheiden zu lernen, die Vorteile nachhaltig wirksamer Bewältigungsstrategien kennen zu lernen und die Fähigkeit zu deren Anwendung zu verbessern.

Zunächst soll vermittelt werden, was Bewältigungsstrategien sind und welche Formen von Bewältigungsstrategien es gibt. Im Rahmen einer Hausaufgabe sollen die Patienten das Gelernte auf das eigene Verhalten übertragen und so eine Standortbestimmung vornehmen.

Für die Einzeltherapie wurden für dieses Modul zwei Sitzungen geplant. Die Aufgabenstellung konnte unverändert aus dem Gruppenmanual übernommen werden.

In der Umsetzung erwies es sich als hilfreich, aus den Hausaufgaben der letzten Module oder aus den Gesprächen der letzten Sitzungen jeweils Situationen aufzugreifen, anhand derer die Bewältigungsstrategien und deren Ergebnis für den Probanden erlebnisnah erfahrbar waren und erklärt werden konnten.

#### **4.10. Modul 10: Soziale Beziehungen**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual vier Sitzungen vorgesehen.

Die wichtigsten Ziele dieses Behandlungsabschnitts bestehen in der Identifizierung wichtiger sozialer Interaktionspartner und in der Klärung emotionaler Verhältnisse. Eigene typische soziale Interaktionsformen sollen erkannt, Problembereiche in der sozialen Interaktion identifiziert werden. Die soziale Kompetenz der Patienten soll verbessert werden, die soziale Isolation bis zu einem gewissen Grad überwunden. Letztlich soll so über eine psychische Stabilisierung auch die sexuelle Impulskontrolle verbessert werden.

Die Patienten sollen z. T. in Zweiergruppen eine Standortbestimmung ihrer aktuellen sozialen Beziehungen vornehmen und diese reflektieren. Arbeitsbögen zum Thema werden als Hausaufgaben ausgehändigt, um sie in den folgenden Sitzungen innerhalb der Gruppe zu bearbeiten.

Die Teilnehmer sollen jeder für sich Verhaltensanalysen erstellen, die wiederum in der Gruppe vorgestellt werden können. Dabei sollen Problemlösungsstrategien erarbeitet werden.

Auch in der Einzeltherapie werden für dieses Modul vier Sitzungen vorgesehen. Die in der Gruppentherapie in Zweiergruppen zu erledigenden Aufgaben werden den Patienten in der Einzeltherapie zur Bearbeitung innerhalb der Sitzung erledigt oder als Hausaufgabe mitgegeben.

Ein besonderes Augenmerk kann hier der therapeutischen Beziehung gewidmet werden. Es kann auf Veränderungen im Kontakt zwischen Patient und

Therapeut seit Therapiebeginn aufmerksam gemacht werden, Defizite und Schwierigkeiten können benannt und bearbeitet werden.

In der Umsetzung konnten viele der modulbezogenen Ziele durch Einbeziehen der Erfahrungen aus der therapeutischen Beziehung erreicht werden. Den Patienten wurde deutlich, dass sie nirgendwo sonst über die zugrunde liegende Problematik der sexuellen Präferenz sprechen können. Verheimlichen und Verbergen sind für sie zur regulär angewandten Strategie im Umgang mit anderen Menschen geworden, die entsprechende Gefühle von Einsamkeit und Isolation nach sich zieht.

In diesem Modul tauchte bei einigen Patienten die erste Beunruhigung darüber auf, was wohl nach dem Therapieende passieren werde. Einige Probanden befürchteten, sie könnten nach dem Verlust des regelmäßigen therapeutischen Gesprächs rasch wieder nach alten Mustern leben.

#### **4.11. Modul 11: Intimität, Nähe und Vertrauen**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual drei Sitzungen vorgesehen. Seine Zielsetzung besteht in der Vermittlung eines Konzepts von Intimität, das auf einer klaren Abgrenzung zu einem rein auf der Lustdimension der Sexualität basierenden Verständnis intimer Beziehungen beruht. Weiterhin soll der Zusammenhang von mangelnder Intimität und Einsamkeit erarbeitet werden und ein Verständnis dafür erreicht werden, wie geringe Intimität und emotionale Einsamkeit sich auf die Lebensqualität auswirken.

Die Bedeutung von Intimität und emotionaler Nähe in der bisherigen Biografie und in Bezug zu den evtl. ausgeübten Straftaten soll erkannt und verstanden werden.

Für jeden Patienten soll die Möglichkeit gegeben sein, eine Standortbestimmung im Hinblick auf intime Beziehungen in seinem Leben vorzunehmen und darüber zu urteilen, wie zufrieden er mit dieser Situation ist.

In einem weiteren Schritt sollen Fertigkeiten zur angemessenen Regulation von Nähe-Distanz im zwischenmenschlichen Kontakt sowie Grundregeln freundschaftlicher bzw. partnerschaftlicher Gesprächsführung vermittelt werden, Kompetenzen in angemessener Gefühlskommunikation sollen in Übungen aufgebaut werden.

Weiterhin sollen Kenntnisse über die Genese und Bedeutung sexueller Funktionsstörungen und die Auswirkungen pädophiler Wünsche und Fantasien auf die Beziehungsgestaltung in einer Partnerschaft mit einer altersentsprechenden Partnerin vermittelt werden.

Bei bestehender Partnerschaft soll den jeweiligen Teilnehmern eine Paarberatung und nötigenfalls eine Paartherapie angeboten werden.

Für die Einzeltherapie sind für dieses Modul ebenfalls drei Sitzungen geplant. Die Arbeitsblätter aus dem Gruppenmanual können unverändert übernommen werden. Die Besprechung der Inhalte findet in den Therapiesitzungen mit dem Therapeuten statt. Auch hier ist auf Defizite ebenso zu achten wie auf Ressourcen und ggf. auch auf Veränderungen, die sich seit Therapiebeginn ergeben haben. Die in der Behandlung in der Gruppe angewandten Rollenspiele zum Üben der Kommunikation in intimen Beziehungen können in der Einzeltherapie im Sinne eines Monodramas inszeniert werden. Der Pat. nimmt im Wechsel beide Rollen in einem Dialog ein, der Therapeut achtet auf die Einhaltung in der Zuordnung der jeweiligen Rolle zu einem festgelegten Platz.

In der Umsetzung stellten alle im Einzelsetting behandelten Probanden fest, dass die therapeutische Beziehung derzeit die einzige „wirklich“ intime Beziehung in ihrem Leben ist. Sie sahen dies darin begründet, dass sie hier über ihre sexuelle Präferenzstruktur sprechen konnten, was sie sonst zu vermeiden trachten.

Anhand von Erfahrungen der Patienten aus freundschaftlichen und verwandtschaftlichen Bezügen konnten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Sitzungen dieses Moduls weitere Kriterien für Intimität erarbeitet werden.

Auch in diesem fortgeschrittenen Stadium der Therapie wurden noch Ängste vor einer ablehnenden Haltung des Therapeuten formuliert. So berichtete ein Proband im Rahmen dieses Moduls, dass er bis dahin einzelne Bestandteile seiner sexuellen Fantasien verschwiegen hat. Die Bearbeitung der Problematik veranlasste ihn dann schließlich, die Fantasieinhalte in schriftlicher Form zu verfassen und sie in einer der zur Verfügung stehenden Sitzungen vorzulesen.

Bei einem anderen Patienten kam es dazu, dass er in diesem Zeitraum nachts von sexuellen Handlungen mit präpubertären Mädchen träumte. Er konnte sie in der Therapie berichten und erstmals akzeptieren, dass diese Mädchen seiner Präferenz

entsprechen und nicht - wie bislang von ihm vehement vertreten - Mädchen mit entwickelten sekundären Geschlechtsmerkmalen.

Wünsche nach einer partnerschaftlichen Beziehung wurden von drei der Patienten geäußert.

Einer der Probanden lebte im Zeitraum der Behandlung in einer partnerschaftlichen Beziehung, die jedoch aufgrund der der Partnerin bekannt gewordenen sexuellen Übergriffe auf Kinder (hier exhibitionistische Handlungen gegenüber Mädchen im Alter von 6 bis 9 Jahren) von beiden Partnern als zerrüttet erlebt wurde. Bei dem Probanden liegt eine heteropädophile Nebenströmung vor, die sich in exhibitionistischen Handlungen manifestiert. Es besteht auch eine sexuelle Erlebnisfähigkeit mit einer erwachsenen Frau. Die exhibitionistischen Handlungen spielten in der Vergangenheit auch gegenüber erwachsenen Frauen eine Rolle. Die mit der Ehefrau gelebte Sexualität wird den Angaben des Probanden zufolge auch ohne deviante Verhaltensweisen als befriedigend erlebt.

Die Ehefrau erklärte sich nach wiederholtem Bitten seitens des Probanden bereit, ihn zu einem gemeinsamen Beratungsgespräch zu begleiten, in dem sie ihre Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Problematik deutlich machte. Sie formulierte ihre Enttäuschung und äußerte Abscheu gegenüber den Taten des Probanden. Bezüglich einer gemeinsamen Zukunft war sie in hohem Maße verunsichert, konnte sich aber aufgrund der langjährig bestehenden Ehe letztlich nicht zu einer Trennung entschließen. Sie lehnte zum damaligen Zeitpunkt eine Paarbehandlung ab, zog aber in Erwägung, sich im Rahmen einer einzeltherapeutischen Behandlung um Unterstützung bei der Beantwortung der Frage zu bemühen, ob sie es sich überhaupt vorstellen könnte, weiterhin mit dem Probanden zusammen zu leben.

#### **4.12. Modul 12: Zukunftsplan**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual drei Sitzungen vorgesehen. Seine Zielsetzung besteht in der Entwicklung neuer Lebensziele unter Berücksichtigung von Zielorientierung, Kosten-Nutzen-Analyse und Zwischenzielen sowie der Evaluierung dysfunktionaler und Etablierung neuer funktionaler Denkstile. Weiterhin soll die kognitive Dissonanz zwischen gewünschtem Selbstbild und strafbarem sexuellem Verhalten vergrößert werden.

Besonderes Augenmerk für zukünftige Veränderungen soll der Praktikabilität der erarbeiteten Strategien und dem Vorhandensein eigener Ressourcen gelten.

Die Patienten erhalten die Aufgabe, einen Plan für ihr künftiges Verhalten und für erwünschte Veränderungen zu erstellen und diesen in der Gruppe vorzustellen. Die einzelnen Pläne sollen in der Gruppenarbeit auf ihre Praktikabilität hin untersucht werden.

In der Einzeltherapie werden für dieses Modul zwei Sitzungen geplant. Die als Hausaufgabe erstellten Zukunftspläne werden dem Therapeuten in der zweiten Sitzung vorgestellt und im Dialog bearbeitet.

Aus den Erfahrungen, die die Patienten mit dem Setzen und Erreichen von Zielen gemacht haben, soll erarbeitet werden, welche Strategien Erfolg versprechend sind und welche eher nicht als zielführend einzuschätzen sind.

In der Umsetzung zeigte sich, dass aus den individuellen Erfahrungen der Probanden ausreichend Stoff für die Bearbeitung der oben genannten Therapieziele geschöpft werden konnte. Die unterschiedlichen Strategien sowie ihre Wirksamkeit konnten hervorgehoben werden, die Probanden vermochten entsprechende Rückschlüsse für sich und ihre Zukunftspläne zu ziehen.

#### **4.13. Modul 13: Schutzplan**

Für dieses Modul sind im Gruppenmanual sechs Sitzungen vorgesehen. Die Zielsetzung dieses Moduls besteht in der Förderung eines Verständnisses dafür, dass ein sexueller Missbrauch die Folge einer Ansammlung von Ereignissen, Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen ist, die die Patienten erkennen und kontrollieren können. Sie sollen verstehen, dass diese Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen mit den Einstellungen, Werten, Überzeugungen und Wahrnehmungen (von einem selbst, von anderen und von Ereignissen) zusammenhängen und dass individuelle Risikofaktoren und Warnzeichen für das Begehen eines Sexualdelikts zu benennen sind.

Das Konzept eines zyklischen Verlaufs von Sexualdelikten soll wie die Möglichkeit zur Unterbrechung dieses Zyklus vermittelt werden. Möglichkeiten einer

frühzeitigen Intervention vor dem Auftreten eines (erneuten) Sexualdelikts sollen aufgezeigt werden.

Individuelle Risikofaktoren und Warnzeichen müssen für jeden einzelnen Patienten identifiziert werden, ein individueller Schutzplan mit Strategien zur Verhinderung von erneuten oder ersten sexuellen Übergriffen auf Kinder soll erarbeitet werden. Dazu wird es in besonderem Maße erforderlich sein, destabilisierende Elemente im Alltag auszumachen und zu überlegen, mit welchen Strategien diesen zu begegnen ist.

Für dieses Modul sind in der Einzeltherapie drei Sitzungen vorgesehen. Die Erarbeitung des Schutzplans erfolgt analog zu den Schritten in der Gruppentherapie. Die Bearbeitung der Ergebnisse wird im Dialog mit dem Therapeuten durchgeführt.

In der Umsetzung des Therapieplans wurde eine Schwierigkeit deutlich, Warnzeichen und Risikofaktoren zu unterscheiden. Die diesbezüglichen Diskussionen erforderten so viel Zeit, dass für einzelne Probanden eine zusätzliche Sitzung zur Verfügung gestellt werden musste.

Der Proband, zu dessen Präferenzstruktur exhibitionistische Handlungen vor Kindern gehören, beging vor der ersten Sitzung dieses Moduls einen Rückfall indem er sich exhibierte. Er tat dies aber bemerkenswerter Weise so, dass er nahezu sicher gehen konnte, dass niemand ihn sehen wird (hinter verspiegelten Glasscheiben eines Bürohauses) und in der klaren Absicht, keinesfalls einem Kind real gegenüber zu treten. Er stellte sich in seiner Fantasie vor, er werde von einem Mädchen beobachtet.

Entgegen seinen früheren Gewohnheiten mied er akribisch die Nähe von Orten, an denen sich Kinder aufhalten.

Die Begleitumstände des „Rückfalls“ konnten in einer der zur Verfügung stehenden Sitzungen bearbeitet und in den Rückfallpräventionsplan integriert werden. Eine in diesem Kontext zur Unterstützung erneut angebotene medikamentöse Behandlung wurde von dem Probanden abgelehnt. Wie oben beschrieben besteht bei ihm eine heteropädophile Nebenströmung und er befürchtete, er werde unter der Medikation auch das sexuelle Interesse an seiner Ehefrau verlieren, was die Beziehung zu ihr aus seiner Sicht noch mehr gefährden würde.

In der Bearbeitung der Umstände um den „Rückfall“ wurde auch deutlich, dass der Proband mit der Handlung darauf aufmerksam machen wollte, dass er einer



Weiterführung der Behandlung bedarf. Das nahende Ende der Therapie löste Befürchtungen aus, ohne das regelmäßige therapeutische Gespräch nicht zurecht zu kommen.

#### **4.14. Modul 14: Verabschiedung**

Das letzte Modul des Gruppentherapiemanuals umfasst eine Sitzung, in deren Rahmen positive und negative Kritikpunkte gesammelt werden sollen. Es soll die Möglichkeit gegeben werden, einen ausführlichen Rückblick auf die Zeit der Therapie zu machen sowie einen Ausblick auf die Zukunft.

Ein Feedback von Seiten der Teilnehmer sowie der Therapeuten wird angestrebt.

In der Einzeltherapie wird die letzte Sitzung individuell nach den Wünschen des Patienten und des Therapeuten gestaltet. Ein ausführlicher Rückblick und ein Ausblick auf die Zukunft sollten enthalten sein.

In der Umsetzung zeigte sich, dass die Probanden die letzte Sitzung größtenteils emotional sehr bewegt erlebt haben. Sie betonten zum wiederholten Mal, dass sie nie gedacht hätten, je so über ihre Sexualität sprechen zu können, wie sie es in dieser Therapie getan haben und zeigten sich dankbar für das vom Therapeuten aufgewandte Engagement.

Einer der Probanden bat um einen zweiten Termin für die letzte Sitzung, weil er in der ersten Sitzung zur Verabschiedung nicht alles sagen konnte, was ihm auf dem Herzen gelegen hat. Zum letzten Termin kam er schließlich sehr aufgeregt und emotional aufgewühlt. Er betont mehrfach seine Dankbarkeit.

Allen Probanden wurde die Teilnahme an einer Nachsorgegruppe am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin angeboten.

## 5. Ergebnisse

Insgesamt wurden sechs Probanden in die Einzeltherapie des oben skizzierten Behandlungskonzepts aufgenommen. Sie befanden sich zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns im Alter zwischen 26 und 55 Jahren. Es handelte sich um Männer unterschiedlicher sozialer Herkunft. Zwei von ihnen wiesen eine akademische Ausbildung auf, einer von beiden war in seinem ursprünglichen Beruf tätig, der andere inzwischen nach Umschulungsmaßnahmen in einem anderen. Ein Proband befand sich noch im Studium, zwei arbeiteten in einem Lehrberuf und einer als Anlernkraft.

In der folgenden Tabelle werden die sexualmedizinisch relevanten Diagnosen und das Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns der einzelnen im Rahmen dieser Arbeit behandelten Probanden dargestellt:

	Proband 1	Proband 2	Proband 3	Proband 4	Proband 5	Proband 6
<b>Pädophil</b>	•		•	•	•	•
<b>Hebephil</b>		•	•		•	•
<b>Androphil</b>		•				
<b>Gynäphil</b>	•		•	•	•	•
<b>Ausschließlicher Typ</b>		•			•	•
<b>Nicht ausschließlicher Typ</b>	•		•	•		
<b>Exhibitionismus</b>	•					
<b>Voyeurismus</b>			•			
<b>Sexuelle Übergriffe in der Vergangenheit</b>	•		•	•		
<b>Nutzung von Missbrauchsdarstellungen zur sexuellen Stimulation</b>		•	•		•	
<b>Nutzung anderen Bildmaterials zur sexuellen Stimulation</b>		•	•		•	•
<b>Realer Dunkelfeldtäter</b>			•			
<b>Potenzieller Täter</b>		•			•	•
<b>Ehemaliger Hellfeldtäter</b>	•			•		
<b>Alter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns</b>	55	46	43	37	45	26

**Tabelle 5.1:** Übersicht über die sexualmedizinisch relevanten Diagnosen der im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelten Probanden

Drei der Probanden haben ihren Angaben zufolge bis zum Zeitpunkt des Therapiebeginns noch keinen sexuellen Übergriff auf ein Kind begangen, litten aber unter ihrer sexuellen Präferenz und suchten aufgrund der seit Jahren bestehenden Ängste, die Kontrolle über ihre sexuellen Impulse zu verlieren, die Behandlung auf. Es

handelt sich bei diesen Probanden also um potenzielle Täter im Hinblick auf Straftaten, die sich auf den unmittelbaren sexuellen Missbrauch eines Kindes beziehen.

Die anderen drei Probanden haben in der Vergangenheit bereits Kinder sexuell missbraucht und kamen mit dem Anliegen zur Behandlung, erneute Straftaten in der Zukunft zu vermeiden. Die Probanden 1 und 4 hatten ihr erstes strafrechtliches Verfahren in der jüngeren Vergangenheit abgeschlossen, in beiden Fällen wurden lediglich Geldstrafen verhängt. Bei beiden handelt es sich um ehemalige Hellfeldtäter. Die verübten Straftaten bestanden bei Proband 1 in wiederholten exhibitionistischen Handlungen gegenüber Mädchen im Alter von fünf bis acht Jahren, bei Proband 4 um manuelle Berührungen im Genitalbereich eines achtjährigen Mädchens, zu denen es im Rahmen eines Spiels gekommen war. Es handelt sich hierbei um ein einmaliges Ereignis. Proband 3 missbrauchte über einen Zeitraum von mehreren Jahren wiederholt die Tochter seiner aktuellen Lebensgefährtin. Das Mädchen war zum Zeitpunkt des ersten Vorfalls im Alter zwischen 7 und 8 Jahren und hat häufig im gemeinsamen Bett der Mutter und des Probanden geschlafen. Der Proband berichtete, er habe immer gedacht, sie schliefe schon und habe sie mit seinen Händen u. a. im Genitalbereich berührt. Zu penetrativem Geschlechtsverkehr sei es nie gekommen. Gegen diesen Probanden war bis zum Zeitpunkt des Therapiebeginns kein Strafverfahren anhängig, es handelt sich also um einen realen Dunkelfeldtäter. Das von ihm missbrauchte Kind war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bereits 16 Jahre alt und der Proband war über den Zeitraum der Behandlung unsicher, ob von dem Mädchen selbst oder von dessen Mutter, die nach wie vor seine Lebensgefährtin war, noch eine Anzeige gegen ihn erstattet wird. Bei diesem Probanden besteht zusätzlich ein Voyeurismus, der sich auf peripubertäre Mädchen bezieht. Mit einem Fernglas beobachtet der Proband sich entkleidende Mädchen vorwiegend in der Nachbarschaft. Er berichtet, er wisse genau, wo sich ihre Zimmer befänden und wann sie sich in der Regel entkleideten.

Die Probanden 3 und 4 beendeten die Behandlung vorzeitig nach 12 Sitzungen. Für Proband 3 kristallisierte sich im Rahmen der therapeutischen Arbeit heraus, dass für ihn eine Abweichung der Therapieziele von denen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* bestand. Er sah für sich den einzig hilfreichen Weg zur Verhinderung weiterer Delikte in der Verschärfung der aktuellen Strafbemessung seitens der Justizbehörden. Mit den Therapiezielen des Projekts, die bestehende sexuelle

Präferenz in das Selbstbild zu integrieren und Verantwortung für das eigene Handeln insbesondere im Hinblick auf die sexuellen Impulse gegenüber Kindern zu übernehmen, konnte er sich letztlich nicht identifizieren. Diese im Sinne der Abwehr zu verstehende Haltung konnte letztlich therapeutisch nicht mehr bearbeitet und damit vom Probanden in ihrem tieferen Sinn nicht verstanden werden.

Bei Proband 4 bestand eine ausgeprägte Unzuverlässigkeit im Hinblick auf die Einhaltung der Termine und darüber hinaus eine erhebliche und persistierende Tendenz, das stattgehabte Delikt als „Ausrutscher“ zu bagatellisieren. Die therapeutische Bearbeitung dieser Form der Abwehr vermochte es nicht, beim Probanden ein Verständnis für das zugrunde liegende Problemverhalten zu schaffen.

Vier Probanden haben das Therapieprogramm vollständig absolviert. Zwei von ihnen benötigten 40, die beiden anderen jeweils 42 Sitzungen, um das Manual zu durchlaufen.

Den jeweiligen Ressourcen und Defiziten der einzelnen Probanden entsprechend wurde die Zahl der zur Verfügung gestellten Behandlungssitzungen in den einzelnen Modulen variiert. Das Manual wurde nicht als strikt einzuhaltender Fahrplan verstanden, sondern im Sinne einer Leitlinie, die vorgibt, welche Themenbereiche zur Bearbeitung kommen sollen. Meist war es gut möglich, die Themen aus dem von den Probanden eingebrachten Material aus den Hausaufgaben zu entwickeln, sodass der Therapieverlauf über weite Strecken eher einer aus sich heraus entstehenden Entwicklung ähnelte, als einem Programm, das Punkt für Punkt bearbeitet wird.

Den jeweils aktuellen Bedürfnissen der Probanden entsprechend wurden bspw. auch Themen aus einzelnen Modulen zu einem früheren Zeitpunkt als im Manual vorgesehen bearbeitet. Dies betraf in erster Linie die Themenbereiche aus den Modulen „Soziale Beziehungen“ und „Intimität, Nähe und Vertrauen“.

## 5.1. Testpsychologische Untersuchungen

Im Rahmen der ausführlichen Diagnostik vor Beginn der Behandlung werden die Probanden am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin unter anderem eingehend testpsychologisch untersucht. Die im Kontext dieser Arbeit behandelten Patienten wurden weiterhin unmittelbar nach Beendigung der Behandlung und ein Jahr nach Therapieende erneut untersucht.

Die hier dargestellten Ergebnisse müssen sowohl aufgrund der geringen Fallzahl (n=4) als auch aufgrund der hohen Varianz der von den Probanden erhobenen Daten zu den jeweiligen Fragen als nur eingeschränkt aussagefähig im Hinblick auf signifikante Effekte der Behandlung betrachtet werden.

Zur Auswertung kamen die im Folgenden dargestellten Tests:

Die Rosenberg-Skala<sup>32</sup> dient zur Erfassung des *globalen Selbstwertgefühls* einer Person, das sich aus dem Faktor der *Selbstabwertung* (5 Items) sowie dem Faktor der *Selbstwertschätzung* (5 Items) mit den Facetten der *allgemeinen positiven Selbstbewertung* sowie der *positiven Bewertung eigener Eigenschaften und Fähigkeiten*, zusammensetzt. Es kann ein maximaler Gesamtscore von 30 Punkten erreicht werden, wobei ein hoher Score mit einem hohen Selbstwertgefühl assoziiert ist. Untersuchungen an geschlechtsgemischten Stichproben ergaben Mittelwerte von 22,67 – 24,16.

Die deutsche Version der revidierten *UCLA Loneliness Scale*<sup>33</sup> fungiert zur quantitativen Erfassung erlebter Einsamkeit in sozialen Beziehungen. Bei insgesamt 20 Items kann ein maximaler Summenscore von 80 erreicht werden, wobei das Ausmaß der erlebten Einsamkeit mit einem steigenden Summenscore zunimmt. Untersuchungen an geschlechtsgemischten Stichproben ergaben Mittelwerte zwischen 31,51 – 40,08. Ein hoher Grad an Einsamkeit stand in Verbindung mit einem geringen Selbstwertgefühl (bspw. anhand der RSE-Skala), einem erhöhten Maß an Depressionen, Introversion und Neurotizismus (nach NEO-FFI) und psychosomatischer Belastung.

---

<sup>32</sup> Collani & Herzberg, 2003

<sup>33</sup> Stephan & Faeth, 1989

Die *Bumby Molester Scale* (BMS, 38 Items) sowie die *Bumby Rape Scale* (BRS, 36 Items)<sup>34</sup> dienen zur Erfassung kognitiver Verzerrungen bei Kindesmissbrauchern und Vergewaltigern. Es kann ein maximaler Summenscore von 152 (BMS) bzw. 144 (BRS) erreicht werden. Ein hoher Summenscore spricht für ausgeprägte kognitive Verzerrungen (Verleugnung, Bagatellisierung, Rationalisierung etc.) bezüglich des spezifisch sexuell devianten Verhaltens.

In einer Untersuchung von Bumby (1996) erreichte die Substichprobe der (ausschließlich innerfamiliär übergriffigen) männlichen Kindesmissbraucher einen durchschnittlichen Summenscore von 90 (BMS) bzw. 78 (BRS). Die Substichprobe der Vergewaltiger erreichte einen durchschnittlichen Summenscore von 60 (BMS) bzw. 90 (BRS). Der BMS scheint zwischen diesen beiden Subpopulationen zu differenzieren, was für den BRS nicht bestätigt werden konnte. Das wird darauf zurückgeführt, dass Kindesmissbraucher eine generelle Tendenz zur Rechtfertigung sexuell abweichenden Verhaltens haben, die sich nicht auf die Übergriffigkeit gegenüber Kindern beschränkt.

Der *Fragebogen zur Erfassung von Empathie bei Sexualstraftätern* (ECS) ist abgeleitet vom *Child Molester Empathy Measure* (CMEM)<sup>35</sup>. Die Version für die Diagnostik von Kindesmissbrauchern erfasst die Opferempathie in drei Kontexten:

- gegenüber einem durch einen Unfall schwer verletzten und entstellten Kind,
- gegenüber einem sexuell missbrauchten Kind und
- gegenüber dem eigenen (potentiellen) Missbrauchsoffer.

Pro Vignette wird das Alter des vorgestellten Kindes und in Vignette 2 und 3 zudem dessen Geschlecht angegeben. Es wird jeweils eingeschätzt, wie es dem Kind ergangen ist (15 Items zur kognitiven Empathie), und was man selbst dabei empfindet (10 Items zur emotionalen Empathie).

Ein hoher Summenscore (pro Vignette max. 100 Punkte) spricht für ein hohes Maß an Empathie. Die Auswertung der Subskalenscores erlaubt eine Differenzierung der kognitiven vs. emotionalen Empathie. Vergleiche mit Mittelwerten aus anderen Studien sind nur bedingt möglich, da die Antwortskala für die Projektanwendung auf fünf Stufen reduziert und pro Vignette nur 25 von ursprünglich 50 Items ausgewählt wurden.

---

<sup>34</sup> Arkowitz & Vess, 2003

<sup>35</sup> Fernandez, Marshall, Lightbody & O`Sullivan, 1999

Studien mit Kindesmissbrauchern ergaben zwischen der Vignette 3 und den Vignetten 1 sowie 2 signifikante Unterschiede, was auf ein beeinträchtigt Empathieempfinden gegenüber dem eigenen Opfer hinweist.

Das Brief Symptom Inventory (BSI)<sup>36</sup>, eine Kurzform der SCL-90-R, ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Ausgewertet ermöglichen die 53 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus) und drei globalen Kennwerten - analog zur SCL-90-R - zusammengefasst werden. Die Items sind sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke, soweit sie nicht Einzug in die Umgangssprache erhalten haben.

In einer Stichprobe von 529 niereninsuffizienten Patienten fanden sich bei den 9 Skalen interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .63$  und  $\alpha = .85$ . Die Retest-Reliabilität nach einer Woche liegt in einer Gruppe von 50 Studierenden zwischen  $r_{tt} = .73$  und  $r_{tt} = .92$ .

Die Items zeigen «face validity». Die kriterienbezogene Validität konnte für einzelne Skalen nachgewiesen werden. Weiterhin trennt das BSI zwischen Kontrollpersonen und Patientengruppen sowie innerhalb von Patientengruppen anhand relevanter Kriterien.

Zur Berechnung der Ergebnisse fand das Programm SINGLIMS.EXE<sup>37</sup> Anwendung. Es handelt sich um ein Programm, das die Ermittlung signifikanter Ergebnisse bei geringen Fallzahlen ermöglicht. Das Programm berechnet, ob sich das Testergebnis einer Person signifikant von einer Kontrollgruppe oder normativen Gruppe unterscheidet und erstellt eine Punktabschätzung über die Abweichung der Testergebnisse. Das heißt, das Programm schätzt ab, welcher Prozentsatz der Bevölkerung ein niedrigeres Testergebnis erhalten würde. Es errechnet dann ein 95%-Konfidenzintervall von diesem Prozentsatz.

Verglichen wurden die Ergebnisse der Untersuchungen zu den Zeitpunkten  $t_0$  (vor Beginn der Behandlung),  $t_1$  (unmittelbar nach Behandlungsende) und  $t_2$  (1 Jahr nach Therapieende) der im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelten Probanden.

---

<sup>36</sup> Franke, G. H., 2000

<sup>37</sup> <http://www.abdn.ac.uk/~psy086/dept/SingleCaseMethodsComputerPrograms.HTM>

Bei den Probanden 2, 5 und 6 konnten im Vergleich zwischen  $t_0$  und  $t_1$  aus den Ergebnissen der Rosenberg-Skala signifikante Veränderungen errechnet werden. Die Testergebnisse der Probanden lagen zum Zeitpunkt  $t_1$  zwischen 11 und 27. Im Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen zum Zeitpunkt  $t_0$  konnte eine signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls erreicht werden. Die p-Werte im zweiseitigen Test wurden mit .012, .043 und .010 ermittelt. Zum Zeitpunkt  $t_2$  stellt sich diese Veränderung bei den Probanden 2 und 6 wieder rückläufig dar. Lediglich bei Proband 5 bleibt die Veränderung im Vergleich zum Zeitpunkt  $t_0$  signifikant.

Weiterhin fand sich bei Proband 1 eine signifikante Veränderung im Bereich der Kontakthäufigkeit mit Freunden, die zu beiden Messzeitpunkten im Vergleich mit  $t_0$  nachweisbar bleiben. Bei Proband 5 ergab sich eine Signifikanz im Bereich des Betrachtens von Kindern, ohne dabei sexuelle Handlungen vorzunehmen. Der Proband betrachtet zum Zeitpunkt  $t_2$  häufiger Kinder, ohne dabei sexuelle Handlungen vorzunehmen als vor Beginn der Therapie.

Im Vergleich der Untersuchungsergebnisse zwischen  $t_0$  und  $t_2$  fallen bei Proband 2 und 6 signifikante Veränderungen auf, die zum Zeitpunkt  $t_1$  nicht ermittelt werden konnten. Im Fragebogen zur Erfassung von Empathie bei Sexualstraftätern (ECS) konnten für zwei der vier Probanden signifikante Veränderungen für die Subskala kognitive Empathie für das eigene Missbrauchsoffer errechnet werden. Die Testergebnisse lagen bei 59 und 57, der zweiseitige Test ergab p-Werte von .040 bzw. .050. Diese Ergebnisse sprechen für eine Verbesserung der kognitiven Empathiefähigkeit für das eigene Missbrauchsoffer. Bei beiden Probanden ließ sich die zum Zeitpunkt  $t_1$  gemessene Verbesserung des Selbstwertgefühls zum Zeitpunkt  $t_2$  nicht mehr darstellen.

Bei allen weiteren Parametern konnten weder im Vergleich zwischen den Ergebnissen zum Zeitpunkt  $t_0$  und  $t_1$  noch zwischen den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_2$  signifikante Veränderungen gefunden werden.



## **5.2. Therapieergebnisse aus sexualmedizinischer Sicht**

Bei allen im Kontext dieser Arbeit behandelten sechs Probanden stand initial der Wunsch im Vordergrund, eine Heilung der vorliegenden Störung zu erfahren, die darin gesehen wurde, künftig befriedigende sexuelle Beziehungen zu altersentsprechenden Personen aufbauen zu können oder zumindest von den belastenden emotionalen Schwankungen befreit zu werden, die sich im Rahmen eines neuen Gefühls von Verliebtheit in ein Kind einstellen. Im Rahmen der ersten Explorationsgespräche wurde bei den Probanden ein hohes Ausmaß an Desintegration im Hinblick auf die sexuelle Präferenz deutlich, deren mangelnde Akzeptanz sich vielschichtig und hartnäckig zum Teil bis in die letzten Behandlungsstunden hinein äußerte. Immer wieder wurde von einzelnen Patienten die Hoffnung geäußert, dass sich die sexuelle Präferenzstörung als solche heilen lasse. Es wurde versucht, sexuelle Erregung und Erlebnisfähigkeit mit altersentsprechenden Partnern durch das Betrachten von entsprechendem pornografischem Material zu erlangen und intensiv danach gestrebt, Gefühle von Verliebtheit und sexueller Appetenz gegenüber Kindern zu verdrängen.

Vor dem Hintergrund des aktuellen sexualmedizinischen Wissensstandes mussten die hier genannten Ziele der Probanden als unrealistisch eingeschätzt werden, was schon früh im therapeutischen Kontakt eine Korrektur ihrer Therapieziele erforderlich machte. Dies bewirkte bei ihnen zum Teil erhebliche Enttäuschungsreaktionen.

Andererseits wurde aber die Einsicht, dass die sexuelle Präferenz Resultat eines vielschichtigen biopsychosozialen Prozesses ist, für dessen Entwicklung der Person keine Verantwortlichkeit zuzusprechen ist, als entlastend erlebt.

Für die Probanden bestand darüber hinaus in verschiedenen Lebensbereichen ein zum Teil erheblicher Leidensdruck, der aus unterschiedlichen Konflikten und Symptomen resultierte.

Es wurden Selbstwertprobleme genannt, die einzelne Probanden darin begründet sahen, dass noch kein sexueller Kontakt in ihrem Leben stattgefunden hat. Das Gefühl, aufgrund dessen unvollständig zu sein und nicht wirklich zur Gesellschaft zu gehören, wurde formuliert und weist u. a. auf den drängenden Wunsch nach Normkonformität und Zugehörigkeit hin. Die Probanden nahmen ihre Umgebung in hohem Maße auf den Aspekt des sexuellen Erlebens und Verhaltens eingeeengt wahr.

Selbstbefriedigung erlebten insbesondere die Probanden 1, 2, 5 und 6 aufgrund der dabei einschließenden, auf Kinder bezogenen, sexuellen Fantasien vielfach als belastend. Proband 6 klagte über depressive Verstimmungen nach jeder Selbstbefriedigung, die über einen Zeitraum von bis zu einigen Tagen anhielten. Die Sexualität an sich wurde von ihm als lästig und nicht dem eigentlichen Leben zugehörig erlebt.

„Die Masturbation bringt mich immer wieder von meinem eigentlichen Weg und meinen Zielen ab, ich kann sie aber nicht dauerhaft abstellen, das Bedürfnis kommt immer wieder, das ist wie ein Zwang.“

Leidensdruck wurde außerdem aus den Schwierigkeiten bezogen, Kontrolle über die sexuellen Impulse zu behalten. Scham- und Schuldgefühle stellten diesbezüglich eine erhebliche Belastung dar.

Angst vor Stigmatisierung im engeren sowie im weiteren sozialen Umfeld spielten eine wichtige Rolle. Die tatsächlich nach einer bekannt gewordenen Straftat erfahrene Ablehnung durch die Umgebung trug bei den Probanden 1 und 4 wesentlich zur Behandlungsmotivation bei. Sie bemühten sich durch die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen nicht zuletzt auch darum, in ihrem sozialen Umfeld integriert zu bleiben.

Die im Rahmen der Ermittlungsverfahren und Gerichtsverhandlungen erstmalig hergestellte eingeschränkte Öffentlichkeit wurde aber auch als Entlastung erlebt, da es sich bei den zugehörigen Gesprächen, die dann auch mit Bezugspersonen im engeren sozialen Umfeld stattfanden, um die erste Gelegenheit im Leben handelte, über die zugrunde liegende Problematik zu sprechen.

Im gesamten Verlauf der Therapie konnte beobachtet werden, dass alle Probanden die therapeutische Beziehung durch „täterspezifische“ Übertragungsangebote gestalteten. Sie definierten sich selbst und ihren Selbstwert in erster und hauptsächlichster Linie unter dem Gesichtspunkt der sexuellen Präferenz. In Übungen zur Selbsteinschätzung bezeichneten sie sich mit deutlich entwertender Tendenz bspw. als pervers. Andere Merkmale der Persönlichkeit wurden zur Charakterisierung der eigenen Person nicht spontan angeführt, sondern erst auf Nachfrage zögerlich benannt.

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung wurden direkt oder indirekt Bestrafungswünsche formuliert, deren Grundlage quälende Scham- und

Schuldgefühle bezüglich der sexuellen Fantasien oder Handlungen bildeten. Sie wurden als Grund dafür genannt, dass soziale Kontakte (auch der zum Therapeuten) schwierig zu gestalten sind. Dies gilt auch für diejenigen Probanden, die real noch keinen sexuellen Übergriff auf ein Kind begangen haben.

Allen Probanden fiel es zunächst schwer, zwischen Fantasie und Handlungen zu unterscheiden. So wurden die Selbstbefriedigung begleitende Fantasien ebenso als bestrafungswürdig erlebt wie der unmittelbare sexuelle Missbrauch eines Kindes oder das Betrachten von Missbrauchsdarstellungen. Es wurde vom Therapeuten erwartet, er müsse die Fantasien und die Handlungen in gleicher Weise verabscheuen und die Probanden entsprechend behandeln.

In den therapeutischen Gesprächen konnte schließlich herausgearbeitet werden, dass es in der Fantasie der Probanden darum ging, nach einer verbüßten Strafe rehabilitiert zu werden und es somit dem Therapeuten möglich werde, sie anzunehmen und wertzuschätzen. Dies lässt den Rückschluss zu, dass das Grundbedürfnis nach Akzeptanz durch eine andere Person zu den genannten Bestrafungsfantasien motivierte.

Die kontinuierlich eingenommene Haltung des Therapeuten, die eine klare Unterscheidung zwischen sexuellem Erleben (Fantasie) und sexuellem Verhalten (Handlung) vornahm, wurde von den Patienten bis zuletzt immer wieder bezweifelt, was als Ausdruck eines tiefen Misstrauens gegenüber anderen Menschen und als berechtigt erscheinende Angst vor Stigmatisierung zu werten ist. Die Frage danach, welche Ziele wohl die am Forschungsprojekt beteiligten Therapeuten mit der bevorstehenden Arbeit verfolgten, beantwortete Proband 6 wie folgt:

„Vermutlich wollen die Therapeuten dem Patienten schon bei seinem Problem helfen. Bei diesem Projekt ‚Kein Täter werden‘ geht es aber wohl vorwiegend um eine präventive Maßnahme. Durch die teilnehmenden Patienten soll kein Übergriff auf Kinder mehr stattfinden.“

In der Äußerung wird der Wunsch deutlich, es möge um den Patienten gehen, man möge sich seines Problems annehmen, ihn annehmen, wie er ist. Die Vermutung, der Therapeut trete dem Patienten als Anwalt der Opfer entgegen, führt zu Enttäuschungen, die sich im Rahmen der hier vorgestellten Behandlungsverläufe in verschiedenen Äußerungen auch der anderen Probanden äußerten. Alle Patienten drückten tief greifende Zweifel an der Haltung des Therapeuten aus, die der Bearbeitung bedurften, um die therapeutische Beziehung zu stabilisieren.

Durch diese kontinuierlich über die gesamte Behandlungszeit geleistete Arbeit an der Beziehung zwischen Patient und Therapeut wurden die Wünsche nach mitmenschlichen, von Akzeptanz getragenen Kontakten deutlicher ins Bewusstsein gerückt. Die Probanden haben es trotz der bestehenden Zweifel immer wieder als berührend und emotional aufwühlend erlebt, dass ihnen nicht mit den von ihnen erwarteten Verhaltensweisen begegnet wurde.

In vielen Situationen deutete sich ein aus den genannten Umständen resultierendes Bedürfnis ab, sich in der Therapie den vermuteten Vorstellungen und Wünschen des Therapeuten entsprechend zu verhalten, was sich bspw. in übertriebenen Entschuldigungen bei geringfügigen Verspätungen äußerte. Vereinzelt konnte eine bis zur Unterwürfigkeit reichende Anpassungsbereitschaft festgestellt werden, die einzelne Patienten bspw. dazu veranlasste, sich selbst in vorseilendem Gehorsam für Handlungen oder Fantasien zu verurteilen.

Weiterhin strebten einzelne Probanden sehr danach, sich vom Image eines „Kinderschänders“ zu distanzieren. Eine Möglichkeit, dies zu erreichen wurde darin gefunden, sich gegenüber anderen Menschen mit pädophiler Sexualpräferenz übermäßig streng zu positionieren und ihnen Strafmaßnahmen zuzudenken, die die geltende juristische Praxis der Strafzumessung weit übertreffen. Dem lag die Annahme zugrunde, dass dies beim Therapeuten Gefallen finden werde und es wurde darüber hinaus betont, dass der Patient selbst in dieser Weise zu verurteilende Taten nicht verübt.

Das Bestrafungsbedürfnis bezog sich aber wie oben beschrieben auch auf die eigenen Taten oder Fantasien und tauchte weiterhin in den Briefen der (potenziellen) Opfer an die Probanden auf, die im Rahmen des Moduls „Opferempathie“ zur Übung eines Perspektivenwechsels verfasst worden sind. Es ist von allen möglichen Torturen und Bestrafungen bis hin zur Todesstrafe auf dem elektrischen Stuhl die Rede.

Die Patienten vermochten die genannten Übertragungsangebote im therapeutischen Dialog zu reflektieren und stuften die therapeutische Beziehung im Verlauf zunehmend als wichtig für den Fortgang ihrer Therapie ein. Eine Umorientierung im Hinblick auf die eigene Einstellung gegenüber der sexuellen Präferenz deutete sich bereits in einer frühen Phase der Behandlung an, konnte bis zum Abschluss der Behandlung aber bei keinem der Probanden vollständig erreicht werden.

Graduelle Unterschiede waren hier zwischen den Probanden 2, 5 und 6 (ausschließlicher Typ) und Proband 1 (nicht ausschließlicher Typ) zu erkennen, der in einer partnerschaftlichen Beziehung lebte, die sich zwar zum Zeitpunkt der Behandlung konfliktreich gestaltete, die dem Patienten aber auch Halt gab und die Gewissheit, sexuell auch mit seiner Ehefrau erlebnisfähig zu sein. Ihm fiel es leichter, die Präferenzstörung als festen Bestandteil seiner Persönlichkeit anzunehmen und die entsprechenden Fantasien (auch die zu exhibitionistischen Handlungen) im Rahmen der Selbstbefriedigung aufzurufen.

Für die übrigen drei Probanden (ausschließlicher Typ) erwies sich dieser Schritt als deutlich schwieriger. Dies äußerte sich bspw. darin, dass Proband 5 bis in die letzten Behandlungsstunden hinein immer wieder von „jungen Frauen“ sprach, von denen er sich sexuell angesprochen fühlte, obwohl in früheren Sitzungen anhand von Bildmaterial klar erarbeitet werden konnte, dass ein peripubertäres Körperschema als sexueller Stimulus erlebt wurde.

Beim selben Probanden stellte sich später im Verlauf der Behandlung heraus, dass er sich zusätzlich in gleicher Weise (möglicherweise auch stärker) von einem präpubertären Körperschema angezogen fühlt. Eine pädophile Sexualpräferenz erschien ihm zunächst aber inakzeptabel und er wehrte die zunehmend bei der Selbstbefriedigung einschließenden diesbezüglichen Fantasien ab, indem er sie bagatellierte. Im Rahmen der weiteren therapeutischen Arbeit gelang es aber zumindest in Ansätzen, eine Integration der pädophilen Ausrichtung in das Selbstbild zu erreichen.

Alle Probanden klagten auch am Ende der Behandlung über ihre soziale Isolation. Sie fühlten sich zum Teil zwar durchaus in Vereinen oder am Arbeitsplatz integriert, litten jedoch dauerhaft unter Ängsten vor Entdeckung der sexuellen Präferenz und der daraus resultierenden Stigmatisierung. Eine auf Dauer angewandte Strategie des Verbergens und Verheimlichens in jeglichem sozialen Kontakt wurde als äußerst anstrengend, demütigend und belastend erlebt, gleichzeitig aber auch als angemessener Schutz vor Stigmatisierung.

Im Hinblick auf soziale Beziehungen wurden wohl die schwerwiegendsten und schmerzlichsten Defizite der hier behandelten Patienten deutlich. Gleichzeitig konnte wenig Hoffnung vermittelt werden, dass die gewünschte Akzeptanz in sozialen Bezügen erreicht werden kann. Die Angst vor Entdeckung und den daraus

resultierenden Konsequenzen steht für den größten Teil der bestehenden Kontakte einem „Outing“ entgegen. Lediglich Proband 5 fand den Mut, sich einem langjährigen Freund zu offenbaren und ihn wie im Modul „Schutzplan“ vorgeschlagen zum Mentor für die Einhaltung der Kontrolle über die sexuellen Impulse gegenüber Kindern zu machen. Die anderen erweiterten den Kreis der Personen, die über die sexuelle Präferenz Bescheid wissen nicht, sodass für Proband 2 und 6 der Therapeut zunächst der einzige Mensch blieb, der über die sexuelle Präferenz im Bilde ist. Proband 6 schloss sich nach Ende der Behandlung einer Selbsthilfegruppe an, in der er eine Möglichkeit gefunden hat, sich über seine sexuelle Präferenz und die daraus resultierenden Schwierigkeiten auszutauschen.

Über den Verlauf der Behandlungen konnte im Hinblick auf die Akzeptanz und Integration der sexuellen Präferenz insgesamt eine graduelle Verbesserung verzeichnet werden. Proband 6 bat zu Beginn der Therapie, das Wort „Pädophilie“ aus dem Sprachgebrauch innerhalb der therapeutischen Gespräche zu streichen.

„Das tut richtiggehend körperlich weh, wenn Sie das sagen und es auf mich beziehen.“

Mit einigem Zögern im Sprachfluss vermochte dieser Proband sich am Ende der Behandlung als pädophil zu bezeichnen. Er war über eine weite Strecke in der Therapie nicht in der Lage, seine sexuellen Fantasien auszusprechen. Schamgefühle und Befürchtungen, er könnte auf Ablehnung oder Ekel beim Therapeuten stoßen, bildeten den Hintergrund für sein Verhalten. Wiederum erst gegen Ende der Behandlung konnte er in schriftlicher Form darlegen, was in seinen sexuellen Fantasien wirklich passiert.

In der 32. Behandlungssitzung berichtete er, er flüchte sich nach wie vor im Rahmen von Tagträumen in Fantasien, er könnte doch irgendwann eine Beziehung zu einer altersentsprechenden Partnerin aufbauen. An verschiedenen Stellen seiner „Filme“ tauchte dann der Therapeut auf und hielt ein Transparent mit der Aufschrift „PÄDOPHILIE“ in die Höhe. Der Therapeut wird hier in die Rolle eines wohlwollenden Mahners gesetzt und übernimmt die Funktion eines steuernden Objekts.

Diese und andere Änderungen im Verhalten der Patienten sprechen dafür, dass die Akzeptanz der sexuellen Präferenz verbessert und somit ein bewusstseinsnäherer Umgang mit der Sexualität etabliert werden konnte.

Allerdings führte dieser Prozess bei den Probanden 2 und 5 im Behandlungsverlauf vorübergehend auch dazu, dass im Zuge der Beschäftigung mit der Akzeptanz der sexuellen Präferenz eine gewisse Leichtsinnigkeit im Umgang mit Kontakten zu Kindern im Präferenzalter zu verzeichnen war. Die Bestrafungsfantasien und quälenden Selbstvorwürfe, die bislang das Abstinenzverhalten gesteuert hatten, nahmen ab, eine alternative Form der Verhaltenssteuerung war noch nicht ausreichend etabliert.

Proband 2 nahm den Jungen, in den er in der Zeit der Behandlung verliebt gewesen ist, eines Tages in seinem Auto mit und war sich der davon ausgehenden Gefahr nicht bewusst. Er beteuerte, er wäre nie auf den Gedanken gekommen, den Jungen anzufassen. Erst im Nachhinein konnte das therapeutische Gespräch eine Sensibilität für die Gefährdung schaffen.

Proband 5 überlegte, ob er ein für ihn attraktives Mädchen, das ihm bei einer Paddeltour am Ufer eines Flusses begegnete, ansprechen sollte, tat dies letztlich aber nicht. Er war seinen eigenen Angaben zufolge jedoch noch nie vorher so dicht an einem sexuellen Übergriff und war erleichtert darüber, ihn nicht begangen zu haben.

Bei allen Probanden war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns ein deutlicher Mangel an Fähigkeit zu beobachten, Wahrgenommenes von Interpretationen zu unterscheiden und Gefühle zu differenzieren und zu benennen. Die der Bearbeitung dieser Defizite dienenden Arbeitseinheiten wurden als anstrengend erlebt. Die akribische Besprechung der gestellten Aufgaben in Form von Selbstbeobachtungsbögen und die konsequente Korrektur führte zu einem Zuwachs an Sicherheit in der Zuordnung. Alle Probanden konstatierten gegen Ende der Behandlung, dass sie ihre Gefühle, Gedanken und Verhaltensimpulse besser differenzieren können, was die Grundlage für Modifikationen auf der Ebene des Verhaltens verbreitert hat.

Im Verlauf der therapeutischen Gespräche wurde weiterhin deutlich, dass die Probanden die Nutzung von Missbrauchsdarstellungen nicht im Sinne einer sexuellen Handlung verstanden. Sie missbrauchten in ihrem Verständnis schließlich kein Kind unmittelbar. Im therapeutischen Dialog konnte allmählich ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Kinder für die Erstellung der Fotos oder Filme ebenfalls missbraucht werden und dass es sich bei der Betrachtung der entstandenen Bilder um einen mittelbaren Missbrauch handelt, der als Störung des sexuellen Verhaltens zu

verstehen ist und darüber hinaus auch juristisch geahndet wird. Auch hier wurde deutlich, in welchem Ausmaß das eigene Verhalten bagatellisiert wurde, während Handlungen anderer, die bspw. gewalttätig sind oder die genutzten Filme und Bilder anfertigten, verurteilt wurden. Die Übungen zum Perspektivenwechsel im Rahmen des Moduls Opferempathie waren maßgeblich an den Veränderungen der Sichtweise in diesem Kontext beteiligt.

Alle Probanden äußerten großes Interesse daran, Erkenntnisse zur Entstehung ihrer sexuellen Präferenzstruktur zu gewinnen. Meist waren damit Therapieziele im Sinne einer Heilung der sexuellen Präferenz, also einer Fehlerwartung assoziiert. Für die Erstellung des Lebenslaufes und die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte wurde von allen Probanden viel Mühe aufgewandt. Es wurden detaillierte Berichte abgegeben. Der Wunsch, eine Erklärung für die Entstehung der sexuellen Präferenzstruktur zu finden, war ebenso groß wie die Enttäuschung darüber, dass eine ausführlichere Arbeit mit den biografischen Zusammenhängen im Manual nicht vorgesehen war.

Die Arbeit an Möglichkeiten, neue Verhaltensstrategien in verschiedenen Lebensbereichen anzuwenden, wurde von allen Probanden als gewinnbringend erlebt. In erster Linie sind hier die Erfahrungen aus dem Modul „Bewältigungsstrategien“ zu nennen, in dessen Rahmen zunächst Bewusstheit über die angewandten Strategien erlangt wurde, um anschließend auf weitere Möglichkeiten des Verhaltens aufmerksam zu machen.

Der Umgang mit Risikofaktoren und Warnzeichen wie er im Modul „Schutzplan“ vorgeschlagen und bearbeitet wurde, fand ebenfalls großen Anklang. Mehr als in anderen Modulen wurde hier deutlich, in welcher Weise die Probanden selbst Anteil daran haben, künftig kein Täter zu werden. Die Erfahrung, nicht nur Impulsen und Trieben ausgeliefert zu sein und vor ihnen Angst haben zu müssen, sondern aktiv daran arbeiten zu können, dass ein Delikt in der Zukunft nicht (mehr) geschehen soll, wurde als gewinnbringend erlebt.

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik wurden psychosomatische Beschwerden sowie Symptome neurotischer Erkrankungen gefunden. Bei den somatischen Beschwerdekplexen dominierten Spannungskopfschmerzen und andere



Schmerzzustände nicht organischen Ursprungs. Depressive Verstimmungen und Angstzustände bildeten den Schwerpunkt im Hinblick auf psychische Beeinträchtigungen.

Bei Proband 2 war eine Zunahme der eingangs geschilderten Symptomatik von Depression und Angstzuständen zu verzeichnen. So erlitt er im Rahmen einer Festlichkeit eine Panikattacke. Die Befürchtung, jemand könnte ihm seine sexuelle Präferenz ansehen oder in irgendeiner Weise etwas davon bemerken, steigerte sich in eine Panikattacke, die ihn zum Verlassen des Fests nötigte.

Derselbe Proband hat insgesamt eine Zunahme seiner depressiven Verstimmungen in Intensität und Dauer festgestellt. Die Bearbeitung der zugrunde liegenden Ängste und Fantasien führte im weiteren Verlauf der Behandlung aber zu einer Entlastung und zu einer Besserung zumindest der Angstsymptomatik. Er konstatierte zum Abschluss der Behandlung, dass er mehr unter depressiven Verstimmungen leide als zu Beginn der Therapie. Eine entsprechende medikamentöse Behandlung der Symptomatik wurde vom Hausarzt des Patienten eingeleitet.

Die genannten somatischen Beschwerden von Spannungskopfschmerzen und anderen Schmerzzuständen waren insbesondere bei Proband 5 in der Tendenz rückläufig, bei Proband 6 unverändert.

In den letzten Sitzungen stand zunehmend die Trauer über das nahende Ende der Therapie im Fokus der Aufmerksamkeit. Es wurde von allen Probanden konstatiert, dass es sich beim Therapeuten um den ersten Menschen handelt, mit dem in dieser Intensität und Offenheit über die zugrunde liegende Problematik gesprochen werden konnte, ohne dass es zu Verurteilung oder Bestrafungsmaßnahmen gekommen sei. Proband 2 und 6 zeigten sich beim Abschied aus der Behandlung emotional sehr bewegt und hinterließen als Zeichen ihrer Dankbarkeit kleine Geschenke für den Therapeuten. Proband 5 betonte die Wichtigkeit der Gespräche für sich im Hinblick auf gewonnene Erkenntnisse und neu erworbene Möglichkeiten des Verhaltens, gab aber an, die Beziehung zum Therapeuten sei in emotionaler Hinsicht nicht von der Intensität gewesen, die er anfangs erwartet und gewünscht habe. Proband 1 versuchte mit dem oben beschriebenen exhibitionistischen „Rückfall“ deutlich zu machen, dass er der weiteren therapeutischen Betreuung bedarf und zeigte sich in der

Erwartung, demnächst ohne regelmäßige therapeutische Betreuung zu sein, ängstlich und verunsichert.

In einer der letzten Sitzungen formulierte Proband 5 seinen persönlichen Therapieerfolg wie folgt:

„Irgendwie war das vorher wie mit einem Rucksack. Den hat man auf dem Rücken und rempelt damit Leute in der S-Bahn an, ohne das zu wollen und es kontrollieren zu können. Jetzt ist das so, als habe ich ihn auf dem Bauch. Da sehe ich ihn ständig. Es geht mir damit nicht immer gut, ich sehe ja dann dauernd, was los ist. Ich kann aber besser kontrollieren, was um mich passiert und remple keine Leute mehr an.“

Es wurde deutlich, dass sich die Probanden mitunter vor der Therapie subjektiv besser gefühlt haben als nach der Behandlung, weil sie ihnen die Möglichkeit des Verdrängens ihrer sexuellen Präferenz ebenso genommen hat wie die Hoffnung auf „Erlösung“ durch das Eingehen einer befriedigenden sexuellen Beziehung zu einem altersentsprechenden Partner. In erster Linie bei den Probanden 2, 5 und 6 machte sich zunehmend eine Trauer darüber breit, angesichts des Vorliegens eines ausschließlichen Typs der pädophilen bzw. hebephilen Sexualpräferenz keine befriedigende sexuelle Beziehung in ihrem Leben erwarten zu können.

Die Auseinandersetzung mit der nach aktuellem Stand der sexualmedizinischen Forschung nicht veränderbaren sexuellen Präferenzstruktur und den daraus resultierenden Grenzen für die Realisierung einer erfüllten sexuellen Beziehung führte zwangsläufig zu anhaltenden Enttäuschungsreaktionen.

Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung zur Dämpfung sexueller Impulse wurde für jeden einzelnen Probanden unter Berücksichtigung der sich aus dynamischen und statischen Risikofaktoren ableitenden Gefährdung, einen sexuellen Übergriff auf ein Kind zu begehen, geprüft.<sup>38</sup> Besonderes Augenmerk wurde dabei darauf gerichtet, dass die vorgeschlagene Behandlung vom Patienten nicht im Sinne einer Bestrafung verstanden wurde, sondern als unterstützende Maßnahme bei der Umsetzung seines Anliegens, keine (weiteren) Sexualdelikte zu begehen.<sup>39</sup> Eine ausführliche und eingehende Aufklärung über die Hintergründe des Behandlungsansatzes ist im Hinblick auf die Compliance von eminenter Bedeutung.

---

<sup>38</sup> Beier, K. M., Amelung, T., Pauls, A., 2010

<sup>39</sup> Harrison, K., 2008

Wie oben bereits dargelegt konnte sich keiner der Probanden im Verlauf der manualisierten Behandlung zu einer unterstützenden pharmakologischen Behandlung entschließen. Lediglich Proband 2 bat einige Zeit nach Behandlungsende darum, Medikamente verabreicht zu bekommen, da er seine Gefährdung im Hinblick auf einen sexuellen Übergriff auf ein Kind als hoch einschätzte.

Das Angebot einer weiterführenden Behandlung in Form einer Nachsorgegruppe wurde von keinem der hier im Einzelsetting behandelten Probanden angenommen. In unterschiedlichen Abständen meldeten sich die Probanden 5 und 6 beim Therapeuten und berichteten über ihre aktuelle Lebenssituation, ihr Selbsterleben und die Auseinandersetzung mit ihrer Präferenzstruktur. Ein sexueller Übergriff auf ein Kind wurde bei diesen Gelegenheiten auch auf Nachfrage nicht berichtet. Die Nutzung von Missbrauchsdarstellungen konnte bei diesen beiden Probanden über längere Zeiträume komplett aufgegeben, zeitweise zumindest deutlich eingeschränkt werden.

## **6. Diskussion**

Im Rahmen der vorliegenden Fallstudie wurde das Manual der *Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder* den Voraussetzungen eines einzeltherapeutischen Settings angepasst und an insgesamt sechs Patienten erprobt, von denen zwei die Therapie vorzeitig beendet haben.

Die Betrachtung der erzielten Behandlungsergebnisse erfolgt aus drei Perspektiven: Die Ergebnisberechnungen aus den testpsychologischen Untersuchungen bilden die erste Ebene der Betrachtung. Weiterhin finden die Angaben der Probanden zu den Veränderungen ihres subjektiven Befindens und Erlebens im Verlauf der Behandlung Berücksichtigung und schließlich bilden die klinischen Beobachtungen des Therapeuten die dritte Ebene.

Im Hinblick auf die Ergebnisberechnungen aus den testpsychologischen Untersuchungen fällt auf, dass signifikante Ergebnisse für den Vergleich zwischen den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  im Wesentlichen für den Bereich der Selbstwerteinschätzung gefunden werden konnten, die sich allerdings zum Zeitpunkt  $t_2$  als rückläufig darstellen. Dieser Verbesserung der Selbstwerteinschätzung dürfte zugrunde liegen,

dass die Probanden in den therapeutischen Gesprächen erfahren konnten, dass sie ihren Selbstwert auch aus anderen Bereichen ihrer Persönlichkeit heraus definieren können, als ausschließlich aus der sexuellen Präferenz. Daraus resultierte ein realistischeres Bild der Gesamtpersönlichkeit in ihrem Facettenreichtum, was wiederum die Akzeptanz und Integration einer „Schattenseite“ angesichts neuer kompensatorischer Möglichkeiten erleichterte.

Die rückläufige Tendenz des Befundes ein Jahr nach Therapieende könnte dafür sprechen, dass Personen mit einer strukturellen Störung der vorliegenden Art einer längeren Betreuung bedürfen und für die dauerhafte Etablierung eines verbesserten Selbstwertgefühls über einen längeren Zeitraum Feedback von außen erforderlich ist.

Für einzelne Probanden konnten weitere signifikante Veränderungen in den testpsychologischen Untersuchungsergebnissen ermittelt werden, die den klinischen Beobachtungen weitgehend entsprechen.

Der Proband, für den eine signifikante Zunahme an sozialen Kontakten ermittelt werden konnte, hatte tatsächlich vor Therapiebeginn aus Schamgefühlen heraus sämtliche sozialen Kontakte abgebrochen und konnte diese im Verlauf der Behandlung reaktivieren.

Der Proband, für den eine Zunahme in der Betrachtung von Kindern ohne sexuelle Betätigung festgestellt werden konnte, neigte zu Beginn der Behandlung in erheblichem Ausmaß zur Bagatellisierung des eigenen Verhaltens. Das Betrachten von Kindern im alltäglichen Umfeld wurde von ihm nicht als sexuell motiviert verstanden und hatte für ihn somit keine Relevanz für die Befragung zu seinem sexuellen Erleben und Verhalten. Erst im fortgeschrittenen Behandlungsverlauf vermochte er die Zusammenhänge zwischen dem Betrachten von Jungen im Präferenzalter in Alltagssituationen und sexueller Erregung zu verstehen.

Unterzieht man die anderen, weiter unten genannten klinischen Ergebnisse einem Vergleich mit den statistischen Berechnungen aus den zugehörigen Themenbereichen, so fällt in erster Linie auf, dass die Probanden unmittelbar nach Therapieende berichteten, sie könnten für ihre (fiktiven) Opferkinder mehr Empathie entwickeln als vor der Behandlung. Dies erscheint auch in den Fragebögen nachvollziehbar, wo insbesondere im Hinblick auf die emotionale Empathie eine

Verbesserung zu verzeichnen ist, die sich jedoch mit dem angewandten Programm statistisch nicht signifikant nachvollziehen lässt. Erst ein Jahr nach Therapieende kann eine signifikante Zunahme der kognitiven Empathie gegenüber dem eigenen Missbrauchsopfer gemessen werden.

Die Voraussetzungen der einzelnen Probanden im Hinblick auf ihre Empathiefähigkeit waren sehr unterschiedlich, so dass eine hohe Varianz in der Kontrollgruppe resultierte und eine signifikante Veränderung nicht ermittelbar war, obwohl sie sich in den einzelnen Fragebögen auf unterschiedlichem Niveau abzeichnete. Ein Zugewinn sowohl an kognitiver als auch an emotionaler Empathiefähigkeit zeigt sich unmittelbar und ein Jahr nach Therapieende an den erzielten Punktwerten in der Fragebogenbeantwortung.

Ähnliches gilt für die Ergebnisse aus der *Bumby Molester Scale* und der *Bumby Rape Scale*. Auch hier lässt die hohe Varianz der Angaben die Berechnung einer signifikanten Veränderung nicht zu, wenngleich im Einzelfall eine Bewegung zu weniger Verzerrungen in den Kognitionen zu verzeichnen ist, die die (potenziellen) Straftaten betreffen.

Die Probanden wurden zum Zeitpunkt des Behandlungsendes nach den subjektiv erlebten Veränderungen durch die Therapie befragt. Sie berichteten, sie verfügten über ein höheres Problembewusstsein bezüglich der eigenen Verhaltensweisen, die einen sexuellen Kontakt zu einem Kind vorbereiten können. Die Steuerung ihres Verhaltens fiel ihnen leichter als vor der Behandlung und sie hielten sich gezielt von Orten fern, wo sie Kindern begegnen könnten.

Im Hinblick auf die Nutzung von Missbrauchsdarstellungen sei durch die Behandlung ein verändertes Problembewusstsein geschaffen worden, das auch die Nutzungsmodalitäten verändert habe. Die Probanden berichteten, sie könnten den Konsum illegalen Materials einschränken. Zu einem Teil wichen sie auf legales Bildmaterial (bspw. Katalogbilder) aus, zu einem anderen vermögen sie sich auf selbst generierte Fantasien zur sexuellen Stimulation zu beschränken.

Insgesamt verzeichneten die Probanden einen positiven Effekt auf die Verhaltenssteuerung zur Verhinderung eines sexuellen Übergriffs auf ein Kind. Sie gaben an, sie fühlten sich in der Bewältigung von spezifischen Risikosituationen sicherer als vor der Behandlung. Ihren Angaben zufolge kam es weder im Verlauf der

Behandlung noch im Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach der Behandlung zu sexuellen Übergriffen auf ein Kind.

In der klinischen Beobachtung der Probanden im Therapieverlauf fiel auf, dass es im Hinblick auf die Termingestaltung kaum zu Irritationen wie Verspätungen oder Säumnis kam und dass die zu fast jeder Sitzung in Eigenarbeit zu erstellenden Hausaufgaben mit nur wenigen Ausnahmen regelmäßig erledigt wurden. Das Manual konnte angesichts dieser hohen Zuverlässigkeit und guten Motivation ohne nennenswerte Verzögerungen durchgeführt werden. Die Probanden arbeiteten in der Behandlung mit und zeigten Bereitschaft, sich auch mit unangenehmen Themenkomplexen auseinanderzusetzen. Die gewonnenen Einsichten konnten sie ihren individuellen Gegebenheiten entsprechend integrieren.

Die von der Akzeptanz der sexuellen Präferenz getragene therapeutische Beziehung ermöglichte es den Probanden immer wieder, die erforderliche Konfrontation mit ihrem Problemverhalten auszuhalten und dieses zu bearbeiten. Auf dieser Grundlage vermochten sie ihre sexuelle Präferenz besser in ihr Persönlichkeitsbild zu integrieren.

Tabelle 5.1 stellt die sexualmedizinisch relevanten Diagnosen der im Rahmen dieser Arbeit behandelten Patienten dar und macht deutlich, dass zwischen den einzelnen Probanden zum Teil erhebliche Unterschiede in der sexualmedizinischen Diagnose und daraus folgend in der Risikoeinschätzung bezüglich eines sexuellen Übergriffs auf ein Kind zu berücksichtigen waren.

In der Stichprobe sind drei Probanden enthalten, für die eine Pädophilie bzw. Hebephilie vom ausschließlichen Typ diagnostiziert wurde, die anderen drei Probanden sind auch durch ein erwachsenes Körperschema sexuell ansprechbar. Sie können also davon ausgehen, dass sie eine zumindest in Teilen befriedigende sexuelle Beziehung zu einem altersentsprechenden Partner (werden) führen können. Erwartungsgemäß fiel es diesen Probanden leichter, ihre pädophilen bzw. hebephilen Präferenzanteile in ihr Selbstbild zu integrieren.

Weiterhin unterschieden sich die Probanden in der Frage, ob sexuelle Übergriffe in der Vergangenheit stattgefunden haben und darüber hinaus in der Schwere der begangenen Straftaten (exhibitionistische Handlungen vor Mädchen, einmaliges Berühren des Genitalbereichs eines Mädchens, regelmäßige

Missbrauchshandlungen über einen Zeitraum von Jahren an einem Mädchen), die bei zwei der Probanden rechtskräftig verurteilt worden sind (Ex-Hellfeld-Täter) und bei einem noch nicht strafverfolgt wurden (Dunkelfeld-Täter).

Das Risiko, eine (erneute) Sexualstraftat zu begehen, musste für die einzelnen Probanden unterschiedlich bewertet werden.

Für die Einschätzung der von einem Sexualstraftäter ausgehenden Gefahr eines erneuten Delikts sind statische und dynamische Risikofaktoren von Bedeutung. Die deviante sexuelle Präferenz und dissoziale Persönlichkeitsanteile sind den statischen Risikofaktoren zuzuordnen, zu den dynamischen Faktoren zählen eine gering ausgeprägte oder nicht vorhandene Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und zur Empathie für das eigene Opfer sowie kognitive Verzerrungen in den eine Straftat vorbereitenden oder begleitenden Denkabläufen.<sup>40</sup>

Die dynamischen Risikofaktoren werden in der Behandlung von Sexualstraftätern therapeutisch bearbeitet. Aus der Behandlung resultierende Verhaltensänderungen im Hinblick auf diese Risikofaktoren tragen neben der medikamentösen Behandlung dazu bei, dass das Rückfallsrisiko vermindert wird.<sup>41</sup>

Im Hinblick auf die therapeutischen Strategien war für jeden einzelnen im Rahmen dieser Arbeit behandelten Patienten die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans unter Einbeziehung der Möglichkeiten zur pharmakologischen Dämpfung sexueller Impulse erforderlich.

Bei den im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld ermittelten Ergebnissen sowohl aus der Gruppentherapie als auch aus der Einzeltherapie handelt es sich um weltweit einzigartige Daten. Vergleichbare Untersuchungen mit einem primärpräventiven Ansatz wurden bislang nicht angestellt, so dass ein Vergleich der Behandlungsergebnisse mit unter ähnlichen Voraussetzungen ermittelten Daten nicht möglich ist. Vergleiche mit Studienergebnissen aus der Behandlung von Sexualstraftätern können jedoch unter Berücksichtigung der spezifischen Unterschiede zwischen den jeweiligen Stichproben angestellt werden.

Die hier vorgestellten Ergebnisse der Behandlung im Einzelsetting entsprechen weitgehend den ersten Ergebnissen aus der Behandlung in der Gruppe nach dem

---

<sup>40</sup> Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E., 2005

<sup>41</sup> Seto, M. C., 2008

Manual *Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder*.<sup>42</sup> Eine Abnahme der kognitiven Verzerrungen, die einen (erneuten) sexuellen Übergriff begünstigen sowie eine Zunahme an Opferempathie konnten im Juli 2008 für einen Zwischenbericht des Präventionsprojekts Dunkelfeld anhand von 31 abgeschlossenen Therapieverläufen eruiert werden.<sup>43</sup>

McGrath, Hoke und Vojtisek<sup>44</sup> haben 1998 in einer Untersuchung gefunden, dass Sexualstraftäter, die in einem spezifisch auf ihre Delinquenz abgestimmten therapeutischen Programm mit einem kognitiv-behavioralen Therapieansatz behandelt worden sind, signifikant weniger Neigung zu erneuten Straftaten aufwiesen als jene Patienten, die mit unspezifischen therapeutischen Angeboten versorgt wurden oder gar keine Behandlung in Anspruch genommen haben. Lediglich bei 1,4% der Patienten, die im Rahmen eines spezifischen kognitiv-behavioralen Therapieangebots behandelt wurden, kam es innerhalb von 4 Jahren nach Behandlungsende zu einer erneuten einschlägigen Straftat. Dem steht eine Rezidivrate von 15,6% bei Personen gegenüber, die eine Behandlung mit alternativem Therapiekonzept in Anspruch genommen haben und von 10,5% der gar nicht behandelten Gruppe. Die Rezidivrate konnte also durch eine spezifisch auf die zugrunde liegende Störung ausgerichtete kognitiv-behaviorale Behandlung signifikant gemindert werden.

In einer von Hanson et al. 2002 durchgeführten Metaanalyse<sup>45</sup> konnte ermittelt werden, dass die Rezidivrate von Sexualstraftätern, die ein spezifisch auf ihre Delinquenz zugeschnittenes kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm in Anspruch genommen haben, signifikant gesenkt werden konnte. Bei 12,3% der behandelten Personen kam es erneut zu sexuell motivierten Straftaten. Dem stand eine Rückfallquote von 16,8% in der der nicht behandelten Gruppe gegenüber.

In einer weiteren Metaanalyse fanden Schmucker und Lösel 2008 ähnliche Ergebnisse. 11,1% der behandelten Sexualstraftäter begingen erneut sexuell motivierte Straftaten. Dem stehen 17,5% der Gruppe gegenüber, die keine Behandlung in Anspruch genommen haben<sup>46</sup> und schließlich kamen Hanson et al. 2009 in einer aktuellen Metaanalyse erneut zu vergleichbaren Ergebnissen im Hinblick

---

<sup>42</sup> Beier, K. M., Amelung, T., Pauls, A., 2010

<sup>43</sup> [http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/weitere\\_informationen/aktuelle\\_ziele/](http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/weitere_informationen/aktuelle_ziele/)

<sup>44</sup> McGrath, R. J., Hoke, S. E. & Vojtisek, J. E., 1998

<sup>45</sup> Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R. et al., 2002

<sup>46</sup> Schmucker, M., Loesel, F., 2008



auf die Rezidivrate.<sup>47</sup> Sie liegt hier bei 10,9% vs. 19,2% in der nicht behandelten Gruppe.

In den angeführten Metaanalysen wurden Untersuchungen aus Nordamerika, Europa, Australien und Neuseeland ausgewertet.

Beim Vergleich der genannten Untersuchungen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sind spezifische Unterschiede in den gewählten Stichproben zu beachten.

Die angeführten Zahlen wurden aus Studien zur Behandlung von Sexualstraftätern ermittelt und beziehen sich nicht ausschließlich auf den sexuellen Missbrauch von Kindern, sondern auch auf andere Sexualstraftaten. Darüber hinaus sind die Untersuchungen zu einem großen Teil nach kriminologischen Erfordernissen ausgerichtet und nehmen eine Einteilung der Täter nach ihren Taten vor, nicht nach ihrer sexuellen Präferenz.

Klinische Erfahrungen zeigen weiterhin, dass verurteilte Sexualstraftäter dazu neigen, ihre Straftaten zu bagatellisieren und nur so weit zu benennen, wie sie ihnen nachweisbar sind. In der Befürchtung von Nachteilen in den Abläufen des Straf- bzw. Maßregelvollzugs verheimlichen sie häufig ihr Innenleben und damit auch ihre sexuellen Fantasien. Die Diagnosestellung im Hinblick auf eine sexuelle Präferenzstörung kann wie die therapeutische Bearbeitung der realen Risikosituationen dadurch zum Teil massiv behindert werden.

Beim Vergleich mit Studien, die sich ausschließlich auf den sexuellen Missbrauch von Kindern beziehen, ist eine weitere Schwierigkeit im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu berücksichtigen. Sie liegt in der in Kapitel 1 dieser Arbeit dargelegten Unklarheit und Widersprüchlichkeit der aktuellen Versionen der diagnostischen Klassifikationssysteme, die es erlauben, die Diagnose einer sexuellen Präferenzstörung im Sinne einer Pädophilie oder einer Hebephilie bei Personen zu stellen, die sexuelle Handlungen an Kindern vorgenommen haben, ohne dass bei ihnen aus sexualmedizinischer Sicht eine sexuelle Präferenzstörung vorliegt.

Bei ca. 50 - 70% der wegen sexuellen Missbrauchs an Kindern verurteilten Tätern ist eine solche Präferenzstörung nicht zu diagnostizieren.<sup>48</sup> Die der Verurteilung zu Grunde liegenden Taten sind also als sogenannte Ersatzhandlungen für die eigentlich mit altersentsprechenden Partnern gewünschte sexuelle Begegnung

---

<sup>47</sup> Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S., 2009

<sup>48</sup> Seto, M. C., 2008

zu verstehen. Diese Täter weisen nach Behandlung eine geringe Neigung zu Rezidivtaten auf, sind in den Stichproben der genannten Studien aber eingeschlossen.

Nur etwa 15% der wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern verurteilten Männer erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Pädophilie vom ausschließlichen Typ und ca. 25% die einer Pädophilie vom nicht ausschließlichen Typ. Die Rückfallquote für diese Gruppe von Tätern, deren sexuelle Wünsche und Fantasien den Straftaten entsprechen, wird zwischen 50 und 80% angegeben.<sup>49</sup>

Im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld werden diese Patienten behandelt, die aufgrund ihrer pädophilen oder/und hebephilen Sexualpräferenz ein erhöhtes Risiko aufweisen, Kinder sexuell zu missbrauchen.<sup>50</sup>

Im Hinblick auf die individuelle Risikoeinschätzung ist weiterhin zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl von Männern mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz keine sexuellen Übergriffe auf Kinder begeht.<sup>51</sup> Von den sechs im Rahmen der vorliegenden Arbeit behandelten Probanden sind dieser Gruppe drei Personen zuzuordnen. Diese Gruppe taucht in den Studien zur Behandlung von Sexualstraftätern und den daraus resultierenden Risikoeinschätzungen naturgemäß nicht auf. Über „protektive“ Faktoren, die das Risiko für das Begehen einer sexuell motivierten Straftat bei diesem Personenkreis eventuell vermindern, sind keine Forschungsergebnisse verfügbar.

Therapeutische Interventionen, die spezifisch auf die Beeinflussung der oben genannten dynamischen Risikofaktoren für dissexuelles Verhalten zielen, führen bei Sexualstraftätern im Hellfeld zu einer Senkung der Rückfallquote im Hinblick auf erneute Sexualstraftaten. Demnach müssen sie in der Präventionsarbeit mit noch nicht straffällig gewordenen Personen, wie sie im Präventionsprojekt Dunkelfeld behandelt werden, eine vergleichbare Wirkung zeigen. Die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten und behandelten Probanden sprechen wie die ersten Ergebnisse aus der Behandlung in der Gruppe für diese Hypothese.

Das Behandlungsprogramm sollte nunmehr an einer größeren Zahl von Probanden erprobt werden, um die Ergebnisse auf einer breiteren empirischen Basis zu validieren.

---

<sup>49</sup> Beier, K. M., 1995

<sup>50</sup> Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E., 2005

<sup>51</sup> Seto, M. C., 2008

Die Zahl der Kontaktaufnahmen von betroffenen Personen mit dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der Charité Berlin aus dem gesamten Bundesgebiet spricht für einen hohen Bedarf an Beratung und Behandlung auf diesem Gebiet.<sup>52</sup> Dem steht ein mangelhaftes Angebot an Therapeuten gegenüber, die mit dem Behandlungsansatz vertraut sind, sodass eine Vielzahl von Patienten weite Wege in Kauf genommen hat, um an der Behandlung in Berlin teilnehmen zu können. Von den vier Patienten, die das Manual für die Behandlung im Einzelsetting vollständig durchlaufen haben, nahmen zwei eine Anfahrt von mehr als 200 km zu den in der Regel wöchentlich stattfindenden Therapiesitzungen in Kauf.

Darüber hinaus ist die Finanzierung einer Präventivbehandlung der hier vorgestellten Art in den Strukturen des Gesundheitswesens nicht vorgesehen und aufgrund dessen unsicher. Zur Sicherung angemessener Versorgungsstrukturen müssten Therapeuten zur Durchführung des beschriebenen Behandlungsmanuals geschult und die Finanzierung der Behandlungen gesichert werden.

## **7. Zusammenfassung**

Die vorliegende Fallstudie befasst sich mit der Fragestellung, ob ein für Männer mit pädophiler oder hebephiler Sexualpräferenz konzipiertes Behandlungsprogramm im Setting der Einzeltherapie eine präventive Wirkung im Hinblick auf den sexuellen Missbrauch von Kindern im Dunkelfeld hat.

Im Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin wurde das Therapiemanual *Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder* für eine Behandlung pädophilen/hebephilen Männern in der Gruppe entwickelt. Das Manual befindet sich in der Phase der klinischen Erprobung und im Prozess der Weiterentwicklung. Es diene als Grundlage für das den Erfordernissen der Einzeltherapie angepasste Behandlungsprogramm, das im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt wird.

Beide Manuale enthalten sexualmedizinische, kognitiv-behaviorale und pharmakologische Interventionen, die auf eine primärpräventive Wirkung gegen den sexuellen Missbrauch von Kindern abzielen und stellen sowohl im Hinblick auf die

---

<sup>52</sup> Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D. et al., 2009

Behandlungsstrategie als auch auf die Zielgruppe eine neuartige Behandlungsform dar.

Das für die Anwendung im Setting der Einzeltherapie modifizierte Behandlungsmanual erwies sich in der praktischen Erprobung als durchführbar.

Bei den vier Probanden, die es vollständig durchlaufen haben, konnten Ergebnisse erzielt werden, die den ersten Ergebnissen der Behandlung in der Gruppe weitestgehend entsprechen (eine endgültige Auswertung der Behandlungsergebnisse aus der Gruppentherapie am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité liegt noch nicht vor).

Systematische Studien zur Fragestellung, ob ein Behandlungsprogramm der hier vorgestellten Art einen präventiven Wert im Hinblick auf den sexuellen Missbrauch von Kindern im Dunkelfeld hat, stehen aktuell noch aus, so dass Vergleiche derzeit lediglich mit den Ergebnissen einer Behandlung von Sexualstraftätern im Hellfeld mit ähnlichen therapeutischen Strategien angestellt werden können. Die diesbezüglichen Forschungsergebnisse weisen auf eine signifikante Minderung der Rezidivrate bei diesem Personenkreis hin.

Unter Berücksichtigung spezifischer Unterschiede im Hinblick auf die Stichproben der zum Vergleich herangezogenen Studien kann geschlossen werden, dass auch bei den im Rahmen der hier vorgestellten Fallstudie behandelten Probanden das Risiko vermindert wurde, einen sexuellen Übergriff auf ein Kind zu begehen. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Behandlungsverläufe im Hinblick auf die therapeutische Beeinflussung spezifischer Risikofaktoren sprechen für diese Hypothese.

Die Fallzahlen der behandelten Probanden können in dieser Phase der Erforschung des Problemfelds für eine empirisch gesicherte Datenlage nicht ausreichend groß sein, so dass die ermittelten Ergebnisse in der Zukunft der empirischen Überprüfung bedürfen.

## Literaturverzeichnis

- Ahlers, Ch. J. (2009). Paraphilie und Persönlichkeit - Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz von Akzentuierungen der Sexualpräferenz und ihrem Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit. Dissertation, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Medizinischen Fakultät der Freien und Humboldt-Universität zu Berlin.
- Ahlers, Ch. J., Neutze, J., Mundt, I., Hupp, E., Konrad, A., Beier, K. M., Schäfer, G. A., (2008). Erhebungsinstrumente in der klinischen und der sexualmedizinischen Praxis – Teil II, *Sexuologie*, 15 (3-4), 95 ff.
- Ahlers, Ch. J., Neutze, J., Mundt, I., Hupp, E., Konrad, A., Beier, K. M., Schäfer, G. A., (2008). Erhebungsinstrumente in der klinischen und der sexualmedizinischen Praxis – Teil II, *Sexuologie*, 15 (3-4), 95 ff.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2004). Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis: Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie*, 11, 74-97.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2005). Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. *Sexuologie*, 12 (3/4), S. 120-152.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer G. A., Feelgood S. R., Beier K. M. (2006). Results of a Media campaign to motivate pedophiles to seek preventive treatment. Poster presented at the 9th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 06.-09. 2006, Hamburg, Germany, EU.
- APA (American Psychiatric Association) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV-TR). Washington DC: APA-Press.
- Arkowitz, S. & Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST scales as measures of the cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 237 – 249.
- Beier, K. M. (1995). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio.
- Beier, K. M., Ahlers Ch. J., Goecker D., Neutze J., Mundt I. A., Hupp E., Schaefer G. A. (2007). Preventing Child Sexual Abuse by Offering Treatment to Potential Offenders: The Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Dziecko krzywdzone* Nr. 1 (18).

- Beier, K. M., Ahlers Ch. J., Goecker D., Neutze J., Mundt I. A., Hupp E., Schaefer G. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.
- Beier, K. M., Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Goecker D., Neutze J., Feelgood S. (2006). Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD): Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. *Humboldt-Spektrum*, 13 (3).
- Beier, K. M., Amelung, T., Pauls, A. (2010): Antiandrogene Therapie als Teil der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* (in print).
- Beier, K. M. , Bosinski H., Loewit K. (2005). *Sexualmedizin* (2. Auflage), Urban und Fischer.
- Beier, K. M., Neutze J., Mundt I. A., Ahlers Ch. J., Goecker D., Konrad A., Schaefer G. A. (2009): Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*.
- Beier, K. M., Schäfer, G. A., Goecker, D., Neutze, J., Feelgood, S., Hupp, E., Mundt, I., Ahlers, Ch. J. (2006). Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld, *Sexuologie* 13 (2-4), 139 – 147.
- Beier, K. M., Schäfer G. A., Goecker D., Neutze J., Ahlers Ch. J. (2007). Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD): Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. *Berliner Ärzte*, Heft 7, 44.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P. E. (2009): Pedophilia, Hebephilia, and the DSM. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 335-350.
- Bosinski, H. A. G., (1997). Sexueller Kindesmissbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie*, 2, 67-88.
- Bosinski, H. A. G., Häufigkeit und Symptome sexuellen Kindesmissbrauchs, (2001) *Sexuologie*, 8 (1), 55 – 62, Urban & Fischer Verlag.
- Bumby, K. M. (1996) Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.
- Bumby, K. M. & Hansen, D. J. (1997). Intimacy deficits, fear of intimacy and loneliness among sex offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 24, 315-331.
- Collani, G. von, Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg, *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3 – 7.

- Crawford, J. R., & Garthwaite, P.H. (2002). Investigation of the single case in neuropsychology: Confidence limits on the abnormality of test scores and test score differences, *Neuropsychologia*, 40, 1196-1208.
- Feelgood, S. R., Ahlers Ch. J., Schäfer G. A., Ferrier A. (2002): Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 11.-14. 2002, Vienna, Austria, EU. Awarded Second Prize by the expert panel.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S., & O`Sullivan, C. (1999). The Child Molester Empathy Measure: Description and an examination of its reliability and validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 17 – 31.
- Frank, J. D.(1971) Therapeutic factors in psychotherapy, *American J. Psychotherapy*, 25, 350 – 361.
- Franke, G. H. (2000) Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, S., (1919) Über Psychoanalyse, GW VIII.
- Gijs, L., Gooren, L. (1996) Hormonal and Psychopharmacological Interventions in the Treatment of Paraphilias: An Update. *Journal of Sex Research*, 33, 273-290.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., Ellerby, L. (2010). Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009. *North American Survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press, 2010.
- McGrath, R. J., Hoke, S. E. & Vojtisek J. E. (1998). Cognitive-behavioural treatment of sex offenders. A treatment comparison and long term follow up study. *Criminal justice and Behaviour*, 25, 203-225.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994/1995) *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*, 4. Auflage, Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A metaanalysis. *Criminal justice and behavior*, 36, 865-891
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies, *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 1154-1163.

- Harrison, K. (2008). Legal and Ethical issues when using Antiandrogenic Pharmacotherapy with Sex Offenders. *Sexual Offender Treatment*, 3
- Macgregor, S., (2008) Sex offender treatment programs: effectiveness of prison and community based programs in Australia and New Zealand. Written for the Indigenous Justice Clearinghouse, [www.indigenousjustice.gov.au](http://www.indigenousjustice.gov.au)
- Maletzky, B. M., Field, G., (2003) The biological treatment of dangerous sexual offenders: A review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program. *Aggression and Violent Behaviour*, 8, 391-412.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 86-96.
- Marshall, W. L. (2006). Diagnostic problems with sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall, & G. A. Serran (Eds.). *Sexual offender Treatment: Controversial issues*. (pp. 33-43). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Marshall, W. L., Barbaree H. E. & Fernandez, Y. M. (1995). Some aspects of social competence in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.
- Marshall, W. L., Cripps, E., Andersen, D. & Cortoni, F. A. (1999). Self-esteem and coping strategies in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 955-962.
- Neutze J., Goecker D., Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2005). Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder, unveröffentlichtes Manuskript.
- Schmucker, M., Loesel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 2, 10-19.
- Seto, C. M. (2008). *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, Intervention*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Stephan, E. & Faeth, M. (1989). Zur Validität der deutschen Fassung der UCLA Einsamkeitsskala. *Diagnostica* 35 (2), 153 – 166.
- WHO, (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Yalom, Irvin D., (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*, 4. Auflage, 64 ff.



**Manual der Berliner Dissexualitätstherapie im  
einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller  
Übergriffe auf Kinder**

# **Manual der Berliner Dissexualitätstherapie im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder**

Bei dem hier vorgestellten Therapiemanual handelt es sich um ein für das einzeltherapeutische Setting modifiziertes Behandlungsprogramm des am Institut für Sexualwissenschaften und Sexualmedizin der Charité Berlin entwickelten Manuals für die *Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder*.

Es ist als ein Wegweiser durch die zu bearbeitenden Themenbereiche zu verstehen, die entsprechend den langjährigen klinischen Erfahrungen des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin den behandelten Patienten helfen können, ihre sexuellen Impulse besser zu kontrollieren und somit ihr sexuelles Verhalten effizienter zu steuern.

Das Manual enthält eine Vielzahl von Vorschlägen, wie bestimmte Themenbereiche bearbeitet werden können und eine Auswahl von Übungen, die sich in der Arbeit mit den Patienten bewährt haben.

Mit Sicherheit können nicht alle vorgeschlagenen Übungen in der Arbeit mit allen Patienten in gleichem Umfang und gleicher Intensität umgesetzt werden. Stets ist zu bedenken, dass jeder Patient mit anderen Ressourcen und Defiziten in die Behandlung kommt, so dass bspw. im Manual enthaltene Übungen zur Wahrnehmung von Gefühlen und zum Umgang mit ihnen in unterschiedlicher Zusammensetzung zur Anwendung kommen können. Die Entscheidung, welche Übung, welches Rollenspiel und welche Hausaufgaben für einen bestimmten Patienten ausgewählt werden ist individuell zu fällen.

Dies gilt in ähnlicher Weise auch für die Bemessung der Anzahl von Sitzungen zu den jeweiligen Modulen. So kann ein Patient für die Bearbeitung der Inhalte des Moduls *Gefühle* nur die vorgeschlagenen drei Sitzungen benötigen, ein anderer ggf. auch fünf.

Für die umfassende Arbeit an den weitgehend automatisierten Verhaltensweisen der Patienten im Umgang mit ihren sexuellen Impulsen, mit sich selbst und ihrer Umgebung finden Methoden aus sexualmedizinischen,

psychoedukativen und psychotherapeutischen Verfahren sowie optional eine pharmakologische Dämpfung der sexuellen Impulse Anwendung.

Ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit diesem Manual für das einzeltherapeutische Setting liegt in der Bearbeitung der Beziehung zum Therapeuten. In ihr ist ein wichtiger Wirkfaktor für die Behandlung zu sehen und sie sollte im gesamten Verlauf der Behandlung reflektiert und thematisiert werden.

Erfahrungsgemäß ist es für die Patienten in vielen Fällen die erste Beziehung, in der die Inhalte ihrer sexuellen Fantasien und ihrer diesbezüglichen Scham- und Schuldgefühle offen gelegt werden können. Sie können es sich in der Regel nicht vorstellen, dass ihnen mit Akzeptanz im Hinblick auf ihre sexuelle Präferenz begegnet wird.

Eine authentische Position des Therapeuten oder der Therapeutin im Sinne der Akzeptanz der sexuellen Präferenz ist zur Reflexion der therapeutischen Beziehung erforderlich. Das heißt, er/sie sollte sich selbst über seine/ihre Haltung gegenüber der Thematik Klarheit verschafft haben und davon ausgehen, dass die sexuelle Präferenz unveränderlich ist.

Ein wichtiges Ziel der Behandlung besteht darin, die Akzeptanz der sexuellen Präferenz beim Patienten zu verbessern oder möglicherweise auch erstmals zu schaffen. Es sollte ihm die Möglichkeit eröffnet werden, die sexuelle Präferenz in sein Persönlichkeitsbild zu integrieren, um dadurch letztlich zu einer Verbesserung der Kontrolle über das sexuelle Verhalten im Hinblick auf Kinder oder Jugendliche sowie auf den Konsum von Missbrauchsdarstellungen zu kommen.

## Übersicht

Modul	Sitzung		Σ Sitzungen
<b>1</b>		<b>Einführung und Diagnostik</b>	<b>3</b>
	1.1	Einführung und Vorstellung	
	1.2	Biografische Anamnese I	
	1.3	Biografische Anamnese II	
<b>2</b>		<b>Motivation und Therapieziele</b>	<b>3</b>
	2.1	Einführung	
	2.2	Akzeptanz	
	2.3	Selbstbeobachtung	
<b>3</b>		<b>Medikamente zur Dämpfung sexueller Impulse</b>	<b>1</b>
	3.1	Informationen zur unterstützenden medikamentösen Behandlung im therapeutischen Prozess	
<b>4</b>		<b>Wahrnehmung</b>	<b>4</b>
	4.1	Sexuelle Stimuli	
	4.2	Sexuelle Übergriffe	
	4.3	Sexuelle Fantasien und Selbstbefriedigung	
	4.4	Übungen zur Wahrnehmung	
<b>5</b>		<b>Gefühle</b>	<b>3</b>
	5.1	Gefühle erkennen und benennen	
	5.2	Bedeutung von Gefühlen	
	5.3	Übungen zum Umgang mit Gefühlen	

<b>6</b>		<b>Sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten</b>	<b>4</b>
	6.1	Einführung	
	6.2	Exploration I	
	6.3	Exploration II	
	6.4	Exploration III	
<b>7</b>		<b>Opferempathie</b>	<b>4</b>
	7.1	Was ist Empathie?	
	7.2	Rollenspiel	
	7.3	Brief an das Opfer	
	7.4	Brief vom Opfer	
<b>8</b>		<b>Lebenslauf</b>	<b>1</b>
	8.1	Bearbeitung des Lebenslaufs	
<b>9</b>		<b>Problembewältigung</b>	<b>2</b>
	9.1	Bewältigungsstrategien I	
	9.2	Bewältigungsstrategien II	
<b>10</b>		<b>Soziale Beziehungen</b>	<b>4</b>
	10.1	Emotionen und soziale Interaktion	
	10.2	Verhaltensanalyse	
	10.3	Problemlösungen	
	10.4	Übungen zur Interaktion	

<b>11</b>		<b>Intimität, Nähe und Vertrautheit</b>	<b>3</b>
	11.1	Was ist Intimität?	
	11.2	Kommunikation von Gefühlen	
	11.3	Partnerschaft und Pädophilie	
<b>12</b>		<b>Zukunftsplan</b>	<b>2</b>
	12.1	Grundlagen für Veränderungsstrategien	
	12.2	Vorstellung eines Zukunftsplans	
<b>13</b>		<b>Schutzplan</b>	<b>3</b>
	13.1	Risikofaktoren und Warnzeichen I	
	13.2	Risikofaktoren und Warnzeichen II	
	13.3	Vorstellung des Schutzplans	
<b>14</b>		<b>Verabschiedung</b>	<b>1</b>
	14.1	Verabschiedung	
		<b>Reservesitzungen</b>	<b>7</b>
		Summe der insgesamt zur Verfügung stehenden Sitzungen	<b>45</b>

## **Modul 1: Einführung und Diagnostik**

### **1.1: 1. Sitzung: Einführung und Vorstellung**

- Vorstellung
- Besprechung der Zugangsvoraussetzungen sowie der Modalitäten der Behandlung wie Terminierung, Dauer der Sitzungen von jeweils 50 min., Hinweis auf die Modalitäten der Schweigepflicht des Therapeuten insb. im Hinblick auf ggf. mitgeteilte Straftaten.
- Anlass der Behandlung: Was liegt vor, was ist passiert, was wird für die Zukunft befürchtet wenn es nicht zu einer Behandlung kommt.
- Behandlungsplan: Kurze Darlegung der einzelnen Abschnitte der Behandlung und der Inhalte.

### **1.2: 2. Sitzung: Biografische Anamnese I: Schwerpunkt allgemeine psychosoziale Entwicklung**

### **1.3: 3. Sitzung: Biografische Anamnese II: Schwerpunkt sexuelle Entwicklung**

- Bearbeitung des Präferenzmännchens (AB 2.1);
- Begrifflichkeiten klären (Pädophilie, Hebephilie, Präferenz, Orientierung)
- Hausaufgabe: Therapieziele (HA 2.1)

## **Modul 2: Motivation und Therapieziele**

### **2.1: 4. Sitzung: Einführung**

- Besprechung der Hausaufgabe der letzten Sitzung; realistische Therapieziele vs. unrealistische Zielsetzungen;

*Theoretische Grundlagen:*

*Nach derzeitigem Stand des sexualmedizinischen Wissens wird die sexuelle Präferenzstruktur spätestens mit Abschluss der Pubertät endgültig konfiguriert und ändert sich ab diesem Zeitpunkt nicht mehr. Das bedeutet, dass eine Veränderung der sexuellen Präferenzstruktur unrealistisch ist und dadurch als Therapieziel ausscheidet.*

*Ein realistisches Therapieziel ist hingegen die Integration der sexuellen Präferenz in das sexuelle Selbstkonzept, also die eigene sexuelle Identität („ich bin pädophil/hebephil“) zu akzeptieren.*

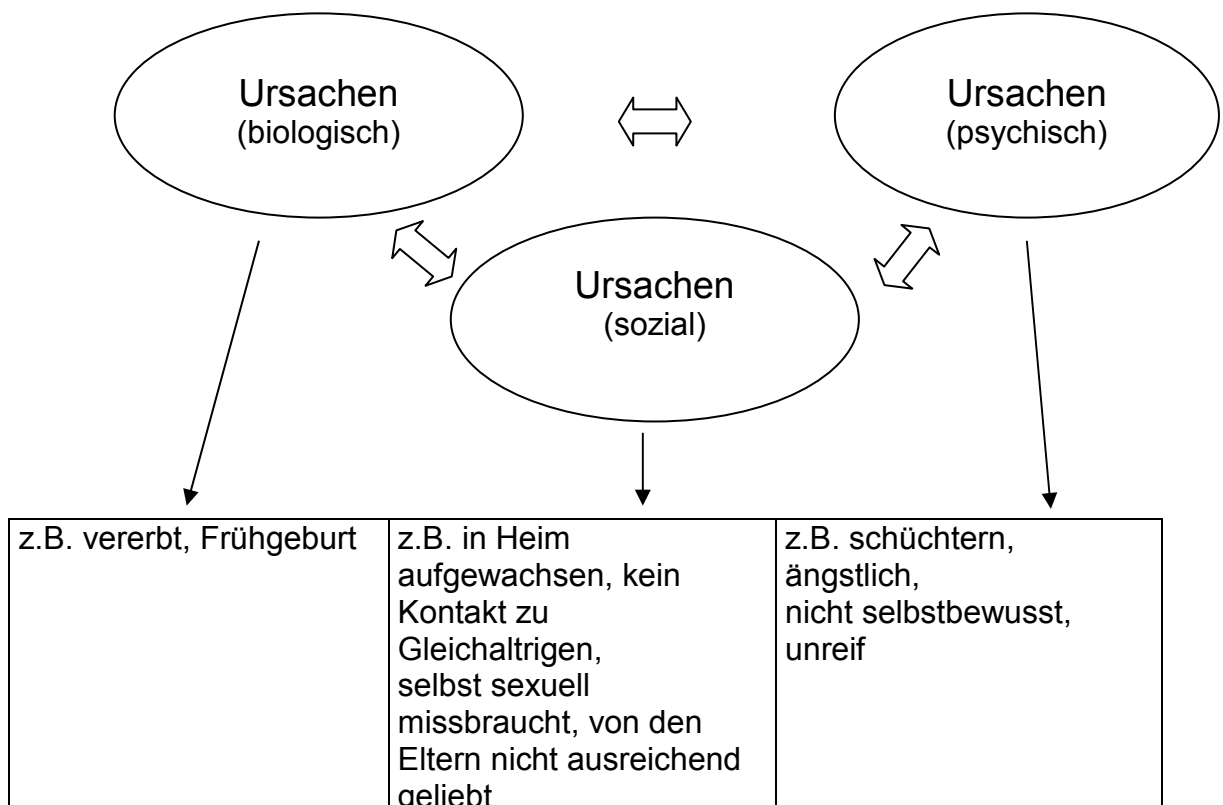
*Weiterhin können realistische Therapieziele sein:*

- Die Bearbeitung systematischer Fehler in Wahrnehmung und Interpretation des Wahrgenommenen
- Eine vollständige Verantwortungsübernahme für das eigene Sexualverhalten in jeder Lebenssituation ohne externalisierende Verantwortungsdelegation (Situation, Umstände, Personen, Rauschmittel etc.)
- Perspektivenübernahme und Empathie mit potentiellen Opferkindern
- Identifikation von typischen Reiz- und Gefährdungssituationen
- Installation von selbstverbindlichen, kognitiven Stopp- und Verbotschildern in Gefährdungssituationen
- Das Erarbeiten und Erlernen von alternativen Strategien zur Kontrolle sexueller Impulse und zur Modifikation des Verhaltens in konkreten Problemsituationen (Abstellen von Problemverhalten, Trainieren von produktivem Verhalten etc.)
- Das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Einsamkeit, mangelnder Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse, ggf. Unsicherheit
- Die Gestaltung von Partnerschaften bei Paraphilien

Hypothesen zur Entstehung der eigenen Präferenzstruktur (bio-psycho-sozial)

Welche Erklärung(en) hat der Patient für sich gefunden, warum ihn Kinder oder Jugendliche in sexueller Hinsicht besonders interessieren?

Sortieren Sie die Antworten nach eher psychischen, biologischen und sozialen Ursachen und erläutern Sie schließlich dem Patienten, dass man davon ausgeht, dass alle drei verschiedenen Bereiche zu der Entwicklung einer pädophilen Sexualstruktur beitragen können.





**Hinweis:** Betonen Sie gegebenenfalls, dass eine Frühgeburt oder die Tatsache dass der Patient als Kind selbst sexuell missbraucht worden sein sollte nicht beweist, dass eine alleinige biologische oder soziale Ursächlichkeit vorliegt. Ergänzen Sie ggf. weitere Ursachenhypothesen aus Ihrer therapeutischen Erfahrung.

Eine Verdeutlichung der These, dass eine Veränderung der sexuellen Struktur nicht möglich ist, sollte nach Möglichkeit von Anbeginn der Behandlung thematisiert werden. Dabei kann die Tatsache erwähnt werden, dass trotz intensiver Forschung bisher noch keine abschließende Erklärung für die Entstehung einer pädophilen Neigung gefunden werden konnte.

- Die pädophile Neigung ist fester Bestandteil der Persönlichkeit.
- Die Neigung ist unveränderbar und bleibt somit für den Rest des Lebens bestehen. Der Pat. muss dies in Zukunft bei seiner Lebensgestaltung beachten.
- Es handelt sich nach bisherigem Kenntnisstand der Sexualmedizin um Schicksal und nicht um Wahl.

Unter Umständen führt die Mitteilung dessen zu einer Entlastung. Umso mehr sollte hier darauf hingewiesen werden, dass der Pat. - gerade weil er um seine sexuelle Neigung weiß - die volle Verantwortung für sein Verhalten trägt.

Veränderungen in Verhaltensmustern können dazu führen, dass sexuelle Übergriffe vermieden werden und auch die Lebenszufriedenheit verbessert wird.

Im Hinblick auf eine Behandlung bedeutet dies, dass in allen genannten Bereichen wirksame therapeutische Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, die sich ergänzen können:

Problembewältigungsstrategien sollen unter Nutzung der eigenen psychischen und sozialen Ressourcen erlernt werden. Eine zusätzliche Behandlung mit Medikamenten erlaubt eine Einflussnahme auf die biologischen Faktoren.

Bereits in diesem frühen therapeutischen und teilweise noch diagnostischen Prozess kann geklärt werden, ob der Patient seine sexuelle Präferenz (Pädophilie/Hebephilie) als Teil seines sexuellen Selbstkonzeptes bzw. seiner sexuellen Identität akzeptieren und formulieren kann. In diesem Fall würde man von einer „ego-syntonen“ (ich-nahen, ich-vertrauten bzw. ich-integrierten) Störung sprechen. Im Gegensatz dazu steht die ego-dystone (ich-ferne bzw. ich-fremde d.h. desintegrierte) Verarbeitung der eigenen Störung. Diese Differenzierung ist wichtig, weil ego-syntone Störungen einer Behandlung besser zugänglich sind. Ego-dystone Störungen müssen folglich zunächst integriert werden, erst dann kann eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der individuellen Präferenzstruktur stattfinden.

Im Rahmen dieses Behandlungsabschnittes soll nach Möglichkeit eine erste (oder auch weitere) Integration der pädophilen Sexualstruktur beim Pat. initiiert werden. Es wird davon ausgegangen, dass mit zunehmender Akzeptanz der eigenen Sexualpräferenz weiter reichende Veränderungen auch im Verhalten möglich sein werden.



- Konzentrieren Sie sich ganz auf ihren Atem. Ruhig ein- und ausatmen. Beobachten Sie, wie sich dabei der Brustkorb und der Bauch hebt und senkt.

Stellen Sie sich nun die nachfolgend geschilderte Situation vor:

Sie steigen in einen überfüllten Bus und haben eine lange Fahrt vor sich. Ein Mann hat einen Platz neben sich mit seiner Tasche und einer großen Einkaufstüte besetzt. Sie möchten sich dort hinsetzen, ein anderer Platz ist im Bus nicht frei.

Sie gehen zu dem Mann hin und bitten ihn, seine Tasche und die Einkaufstüte herunter zu nehmen, damit Sie sich dort hinsetzen können. Tragen Sie Ihre Bitte direkt vor, Entschuldigen Sie sich nicht. Versuchen Sie, zu dem Mann Blickkontakt aufzunehmen.

- Beobachten Sie genau, was der Mann macht, wie er guckt, was er vielleicht sagt, wie er sich bewegt, etc.
- Welche körperlichen Reaktionen nehmen Sie bei sich wahr? Haben Sie ein flaues Gefühl im Magen? Werden Ihre Hände feucht? Wie schnell geht Ihr Atem? Spüren Sie Ihren Herzschlag?
- Was fühlen Sie? Ärger, Unsicherheit, Angst, Scham, etc.?

Ich zähle jetzt langsam rückwärts 5, 4, 3, 2, 1. Öffnen Sie die Augen, betrachten Sie den Raum und strecken Sie sich ausgiebig wenn Sie mögen.

Tragen Sie nun bitte Ihre Beobachtungen in die vorbereiteten Protokollbögen ein und geben Sie auf einer Skala von 0 bis 100 an, wie schwer Ihnen das beschriebene Verhalten gefallen ist (AB 2.2).

Danach:

Entspannen Sie sich erneut. Schließen Sie die Augen und konzentrieren Sie sich ganz auf Ihren Atem. Ruhig ein- und ausatmen.

Stellen Sie sich nun die nachfolgend geschilderte Situation vor:

Sie sitzen in einem überfüllten Bus. Ihre Tasche und eine schwere Einkaufstüte haben Sie neben sich auf einen freien Platz am Fenster gestellt. Gerade haben Sie Ihre Zeitschrift aufgeschlagen, als ein Mann zu Ihnen kommt und Sie auffordert, den Platz neben sich frei zu machen.

Lassen Sie sich viel Zeit: Legen Sie zunächst Ihre Zeitung in die Tasche. Nehmen Sie keinen Augenkontakt auf. Entschuldigen Sie sich nicht. Schließlich nehmen Sie Ihre Tasche und Einkaufstüte herunter, damit der Mann sich setzen kann.

- Beobachten Sie genau, was der Mann macht, wie er guckt, was er vielleicht sagt, wie er sich bewegt, etc.

- Welche körperlichen Reaktionen nehmen Sie bei sich wahr? Haben Sie ein flaues Gefühl im Magen? Werden Ihre Hände feucht? Wie schnell geht Ihr Atem? Spüren Sie Ihren Herzschlag?
- Was fühlen Sie? Ärger, Unsicherheit, Angst, Scham, etc.?

Ich zähle jetzt langsam rückwärts 5, 4, 3, 2, 1. Öffnen Sie die Augen, betrachten Sie den Raum und strecken Sie sich ausgiebig.

Tragen Sie ihre Beobachtungen in die vorbereiteten Protokollbögen ein und geben Sie auf einer Skala von 0 bis 100 an, wie schwer Ihnen das beschriebene Verhalten gefallen ist (AB 2.2).

Im Anschluss die Imagination kann das Erlebte besprochen werden.

Hausaufgabe: Selbstbeobachtungsprotokoll 1 und 2. Es sollen zunächst Kontaktsituationen mit einer erwachsenen Person oder einem Kind beschrieben werden, später nur mit einem Kind (HA 2.2).

### **Modul 3: Medikamente zur Dämpfung sexueller Impulse**

#### **3.1: 7. Sitzung: Information zur unterstützenden medikamentösen Behandlung im therapeutischen Prozess**

Zur Entscheidungshilfe für den Patienten sollen hier die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung zur Dämpfung des sexuellen Verlangens dargestellt werden. Stellen Sie die einzelnen zur Verfügung stehenden Stoffgruppen und deren Wirkungsweise vor und besprechen Sie die Vor- und Nachteile.

*Theoretische und praktische Informationen:*

*Das Hormon Testosteron sorgt nach der Pubertät neben dem Erhalt der sekundären Geschlechtsmerkmale (z.B. Körperbehaarung, Muskelmasse, Körperfettverteilung) auch für die Aufrechterhaltung von sexueller Appetenz und sexuellen Phantasien.*

*Im internationalen Schrifttum spielen in erster Linie die Antiandrogene (Cyproteronacetat, GnRH-Analoga) und Selektive-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) eine Rolle zur medikamentösen Impulsdämpfung, während chirurgische Interventionen (z.B. Kastration) bezüglich der Häufigkeit ohne nennenswerte Relevanz sind. Im Gegensatz zu den Antiandrogeneren wirken die SSRI nicht über eine Veränderung des Testosteronhaushalts dämpfend auf die sexuellen Impulse, sondern vermutlich über eine langsamere Anflutung von Gefühlszuständen.*

*Im Folgenden sind die gebräuchlichen Medikamentengruppen nach ihrer zunehmenden Wirkpotenz aufgelistet:*

## **1. Selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**

*Wirkmechanismus:*

*Es handelt sich bei der Stoffgruppe um Medikamente, die für die Behandlung von Depressionen und Angst entwickelt wurden. Sie erhöhen die Konzentration des Überträgerstoffes Serotonin im Gehirn an den Synapsen der Nervenzellen. Unter anderem zieht dies eine langsamere Anflutung von Gefühlszuständen nach sich.*

*Wirkung:*

*Verminderung von sexueller Appetenz, Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit (keineswegs in allen Fällen, geringer ausgeprägt als bei den Antiandrogenen)*

*Dosierungen:*

*Am besten untersucht: Fluoxetin. Mittlere Dosis 40-60 mg/Tag, Wirkungseintritt nach 2-4 Wochen, maximale Wirksamkeit nach 2-3 Monaten.*

*Alternativen: Fluvoxamin (Fevarin® 200-300 mg/Tag) und Paroxetin (Seroxat®, Tagonis® 20-40 mg/Tag)*

## **2. Antiandrogene: Cyproteronacetat (Handelsname: Androcur®)**

*Wirkmechanismus:*

- *Rezeptorblockade in den androgensensiblen Hirnarealen (zentrale antiandrogene Wirkung)*
- *Verdrängung des Testosterons von den Rezeptoren in den Zielorganen (periphere Wirkung)*

*Wirkungen:*

*Fast immer: Rückgang von sexueller Appetenz, Erektions- und Orgasmusfähigkeit*

*Oft: Vermehrtes Zärtlichkeits- und Zuwendungsbedürfnis*

*Ganz selten: Androgenunabhängige Erregung in den cerebralen Rezeptorarealen (z.B. bei Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung oder nach einem Schädel-Hirn-Trauma), wo auch hohe Dosen von Antiandrogenen keine Effekte erzielen.*

*Nebenwirkungen:*

*Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Gynäkomastie, Gewichtszunahme, Thrombosen, Anstieg der Lebertransaminasen bis hin zu manifesten Leberschäden*

*Vor- und Verlaufsuntersuchungen:*

*Spermiogramm, Leberstatus (während Medikation: Leberstatus alle 2-3 Monate)*

*Dosierung:*

*300-600 mg i.m. alle 2 Wochen oder 50-100 mg täglich per os; intramuskuläre Verabreichung ist aufgrund der geringeren Leberbelastung immer vorzuziehen.*

**3. Antiandrogene: GnRH-Analoga (z.B. Goserelin, Handelsname: Zoladex®)**

*Wirkmechanismus:*

- *GnRH-Rezeptoren an den Gonadotropin synthetisierenden Zellen der Hypophyse („receptor-down-regulation“).*
- *Als Folge verminderter Gn-Sekretion deutliche Reduzierung der testikulären Androgen-Biosynthese*

*Wirkungen s. Cyproteronacetat*

*Besonderheit:*

*Wegen initial vermehrter Testosteron-Ausschüttung (mit „hot flushes“) wird zusätzlich eine Antiandrogengabe (Cyproteronacetat) für 6 Wochen erforderlich.*

*Cave:*

*Gefahr der irreversiblen Schädigung der Leydigischen Zwischenzellen im Hoden. Nicht für die Indikation Paraphilien zugelassen. Aufklärung und schriftliche Einwilligung gut dokumentieren.*

Ausgabe der Arbeits- und Informationsblätter zur Medikamentösen Behandlung und der zugehörigen Patientenberichte (W 3.1, AB 3.1).

## **Modul 4: Wahrnehmung**

### **4.1: 8. Sitzung: Sexuelle Stimuli**

Zum Einstieg in das Modul können Sie in Analogie zu der menschlichen zentralnervösen Daten- und Signalverarbeitung ein Computermodell darstellen:

<u>Datenverarbeitungsschritt</u>	<u>Mensch</u>	<u>Computer</u>
Bildaufnahme	Augen	Kamera
Verarbeitung	Persönlichkeit	Programm
Speicherung	Gedächtnis	Festplatte
Störung	Krankheit	Computervirus

Erläutern Sie, dass an jeder Stelle der Informationsverarbeitung Fehler auftauchen können und schlagen Sie dem Patienten ggf. ein kleines Experiment zur Wahrnehmung vor:

Teilen Sie eines oder zwei der Vexierbilder aus (AB 4.1, S. 1-3). Der Patient soll angeben, was er auf den Bildern erkennen kann. (Die letzten beiden Bilder müssen erst um 180 Grad gedreht werden, bis das andere Bild erscheint.)

Fragen Sie den Patienten, warum er seiner Meinung nach ein Bild zuerst in seiner Weise wahrgenommen hat und ggf. die zweite „Sehweise“ erst nach einem Hinweis durch Sie wahrgenommen hat. (z.B. unterschiedliche Interessen, Stimmungen, Erfahrungen, Wünsche).

Anschließend können Sie nacheinander eine Imaginationsübung anbieten (AB 4.2 A und B). Stellen Sie die unten auf dem Blatt aufgeführten Fragen. Es sollten sich hier Unterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung bei den beiden Übungen ergeben. Versuchen Sie schließlich, die möglichen Ursachen dafür mit dem Pat. zu erarbeiten.

Erläutern Sie ggf., dass die sexuelle Präferenzstruktur einer Person die Verarbeitung der aufgenommenen Bilder stark beeinflusst und dadurch unsere soziale und insbesondere unser sexuelle Kontaktgestaltung wesentlich mitbestimmt. „Wir begehren, was wir sehen, wenn es ist, worauf wir stehen“.

Dies gilt für Frauen wie für Männer, unabhängig von der sexuellen Orientierung und Ausrichtung. Heterosexuelle Männer nehmen Frauen anders wahr als homosexuelle Männer. Pädophile Männer nehmen daher Kinder anders wahr als Männer, die auf Erwachsene stehen. Sie nehmen beispielsweise neutrales Interaktionsverhalten von Kindern tendenziell als Zuwendung und auch als sexuelle Interessensbekundung wahr. Dies gilt erst recht für natürliches sexuelles Neugier- und Ausprobierverhalten von Kindern.

Das eigene Bildbearbeitungsprogramm sortiert sozusagen die Bilder vor und verändert sie leicht. Die Wahrnehmung wird eingefärbt (rosa Brille).

Erläutern Sie weiter, dass nicht nur die Wahrnehmung auf der visuellen Ebene, sondern auch hinsichtlich der anderen Sinneseindrücke, z.B. Hören und Berührungen, in der gleichen Art und Weise durch die sexuelle Ausrichtung beeinflusst oder sogar korrumpiert werden können.

### Verliebtsein

Sie können dem Pat. dann folgende Frage stellen:

„Wann ist ihrer Meinung nach die Brille besonders stark rosa gefärbt mit extra großen Brillengläsern, damit man auch ja nicht zur Seite schielen kann und dazu haben sie noch einen viel zu geringen Abstand von der Situation um die Dinge klar zu sehen?“

Der Pat. sollte hier (falls nötig mit ein wenig Unterstützung) darauf kommen, dass dies im Zustand der Verliebtheit zu beobachten ist. Lassen Sie den Patienten Situationen beschreiben, in welchen er verliebt war (in ein Kind oder einen Erwachsenen). Fassen Sie die vom Pat. berichteten Kennzeichen des Verliebtseins zusammen und ergänzen Sie, falls erforderlich, durch die untenstehenden Punkte:

- Verliebte sind teilweise blind (für die Realität)
- Verliebtheit trübt die Sinne (z.B. unscharfes Sehen)
- Die Wahrnehmung der begehrten Person ist von Wunschvorstellungen und Idealisierung geprägt

Erläutern Sie dem Pat., dass sich pädophile Männer genauso wie andere Männer in die begehrte Person verlieben. In diese Person werden eigene Sehnsüchte und Bedürfnisse hineinprojiziert, d.h. die andere Person wird in der Fantasie so gestaltet, wie man sie sich wünscht. Die eigenen sexuellen Kontaktaufnahmeversuche erscheinen verschleiert hinter einem Dunst von Wahrnehmungsfehlern und Subjektivitäten. Die Besonderheit der Pädophilie besteht hier allein darin, dass die begehrte Person kein Erwachsener ist und daher nicht über eine autonome, insbesondere sexuelle Selbstbestimmung und Reife verfügt, die ein verantwortliches Handeln ermöglicht und niemals aktiv und eigenständig die Aufnahme konkreter sexueller Interaktionen oder gar Stimulationen mit Erwachsenen anstrebt.

### Verarbeitungsfehler / Denkfehler / kognitive Verzerrungen

Erläutern Sie dem Pat. am besten anhand des seinen eigenen Ausführungen entnommenen Materials, dass Eindrücke vom Gehirn manchmal nicht den realen Gegebenheiten entsprechend verarbeitet werden. Sie können dazu nötigenfalls auch das untenstehende Beispiel verwenden.

Beispiel: „Sie realisieren, dass Sie durch ein Kind sexuell erregt werden und denken, der Junge hat mich dann so gekitzelt, dass ich einen Steifen bekommen habe. Das hat der doch genau gemerkt. Da ist es doch wohl nicht verwunderlich, wenn ich das bei ihm auch mache“.

Es sollte die Frage gestellt werden, was passieren wird, wenn jemand wie in dem obigen Beispiel argumentiert.

Folgende Punkte sollten erarbeitet werden:

- Entlastung
- Kein „schlechtes Gewissen“
- Inneres Gleichgewicht
- Verantwortungsabgabe („es war der Junge, nicht ich“)
- Sich selbst die Erlaubnis erteilen

Stellen Sie dem Pat. ggf. dann folgende Aufgabe:

Versuchen Sie nun die Situation durch eine vollkommen klare Brille zu betrachten. Mit dieser Brille sehen Sie sogar noch klarer als ohne Brille. Sie stehen mit ausreichendem Abstand entfernt und sehen das Bild ganz scharf vor sich. Was ist ihrer Meinung nach bei dem Kitzeln tatsächlich passiert?

Beispiel für eine Antwort mit „Klarsicht-Brille“: „Kinder wollen spielen. Erwachsene zu ärgern gehört zum normalen Ausprobier-Verhalten. Dem Jungen ging es nicht um die Erektion, sondern darum, zu kitzeln und zu ärgern.“

Erklären Sie, dass man solche Fehlwahrnehmungen Denkfehler oder kognitive Verzerrungen nennt. An diesem Beispiel ist gut erkennbar, wie Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfehler (Selbstlegitimation, Leugnung, Verantwortungsdelegation) ineinander laufen.



*Hinweis: An diesem Beispiel ist erkennbar, dass die Prozesse Wahrnehmung und Verarbeitung nicht sequenziell voneinander trennbar sind, sondern unweigerlich prozessual ineinander laufen. Zum anderen ist erkennbar, dass auch die Informationsverarbeitung genauso grundlegend durch die sexuelle Präferenz geprägt ist, wie die Wahrnehmung und dass unmittelbar selbstentlastende Interpretationen zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichtes (Psycho-Homöostase) ausgelöst und vorgenommen werden (kognitive Dissonanz-Reduktion), ohne dass bei dem Patienten ein entsprechender Entschluss, eine Intention oder gar eine Täuschungsabsicht vorliegt.*

### Einstellungen

Stellen Sie dem Pat. dann folgende Frage:

„Was passiert wenn derselbe Denkfehler immer und immer wieder auftritt?“

Erarbeiten Sie mit ihm, dass dies dazu führen kann, dass der Programmfehler schließlich zu einem Schaden auf der Festplatte führen kann, d.h. es werden falsche Informationen im Gedächtnis fest verankert. Diese falschen Informationen, werden so fest im Gehirn verankert, dass in diesem Fall aus einem ursprünglichen Denkfehler eine überdauernde Einstellung oder Überzeugung geworden ist, z.B. „Alle Kinder wollen Sex ... Kinder müssen sexuell erweckt werden... sexuelle Beziehungen mit Erwachsenen schaden Kindern nicht...usw.“. Diese Einstellungen sind kaum veränderbar, generalisiert („alle Kinder“) und nicht auf eine bestimmte Situation begrenzt.

### Zusammenfassung, Vergleichsbeispiel

Weisen Sie an dieser Stelle nochmals darauf hin, dass die oben genannten Prozesse grundsätzlich bei allen Menschen ablaufen können. Der Unterschied zu anderen Menschen ist jedoch, dass sich die oben genannten Störungen der Wahrnehmung und der Verarbeitung auf den Kontakt mit Kindern beziehen. Diese Tatsache darf jedoch nie den sexuellen Missbrauch eines Kindes rechtfertigen, sondern muss im Gegenteil das Bewusstsein dafür schärfen, dass in diesem Fall eine besonders hohe Verantwortung für das eigene Handeln geboten ist.

Erläutern Sie ggf. als Analogbeispiel die Erkrankung an Diabetes (oder auch eine andere Erkrankung): Ein Diabetiker spürt meist nicht, ob er gerade über- oder unterzuckert ist. Dies lässt jedoch nicht die Rechtfertigung seinerseits zu, „Wenn ich nichts spüre, dann kann ich auch nichts dafür, wenn mein Zucker verrückt spielt“. Gerade weil er ja um seine Erkrankung weiß, steht er in besonderer Verantwortung für seine Gesundheit und muss den Blutzucker ständig selbst bestimmen.

Stellen Sie sicher, dass der Patient sich darüber im Klaren ist, dass er für sein eigenes Verhalten verantwortlich ist: „Es ist ihr Schicksal, dass Sie auf Kinder stehen. Daher haben Sie die Verantwortung dafür Sorge zu tragen, dass Sie keinem Kind Schaden zufügen.“

## Hausaufgabenbesprechung aus Modul 2

Besprechen Sie die Hausaufgaben aus Modul 2. Fragen Sie nach Schwierigkeiten mit der Aufgabe.

- „Was fiel schwer?“
- „Was fiel eher leicht?“

Lassen Sie sich einige Beispielsituationen (Situation, Kontaktverhalten der anderen Person, Körpererleben und Gefühle) aus der ersten und zweiten Woche schildern und stellen Sie Bezug zum in dieser Sitzung erarbeiteten Stoff her.

- „Gab es Situationen, wo Sie im Nachhinein sagen würden, Sie hatten eine „Rosa-Brille“ auf?“
- Diskutieren Sie, ob es Unterschiede gab im Erleben von Kontakten mit einem Kind und einem Erwachsenen.
- Welche Unterschiede zeigten sich?

## Hausaufgabe HA 4.1 und 4.2

Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass er während der folgenden 2 Wochen erneut die eigenen Gedanken in sozialen Kontaktsituationen beschreiben soll. Es sollen Kontaktsituationen mit Kindern beschrieben werden, dies könnte ein Besuch von einem Kind in der eigenen Wohnung oder einige Worte sein, die mit einem Nachbarskind gewechselt wurden oder auch nur ein flüchtiger Blickkontakt auf der Strasse etc.

### **4.2: 9. Sitzung: Sexuelle Übergriffe**

Diese Sitzung baut direkt auf die in der 8. Sitzung erarbeiteten Inhalte auf. Es sollen solche Mythen diskutiert und hinterfragt werden, die Männer mit einer pädophilen oder hebephilen Sexualpräferenz zur Begründung und Rechtfertigung von sexuellen Kontakten mit Kindern verwenden. Es sollen Einstellungen des Pat. überprüft und ein Verständnis dafür vermittelt werden, wie diese ggf. vorhandenen Einstellungen sein eigenes Verhalten beeinflussen können.

## Hausaufgabenbesprechung

Sammeln Sie einige Beispielsituationen aus den Protokollen zur Selbstbeobachtung und fragen Sie nach Schwierigkeiten bei der Bearbeitung der Hausaufgaben und danach, was schon gut lief. Erläutern Sie nötigenfalls nochmals den Sinn der Übung. Nur wenn dem Patienten bewusst ist, warum er sich selbst beobachten soll, wird er hier ausreichend motiviert mitarbeiten.

*Hinweis: Es soll hier geübt werden, sich selbst zu beobachten, um sich dadurch selbst besser kennen zu lernen, was wiederum die Impulskontrolle verbessern und die eigenen Unsicherheit verringern soll. Der Schwierigkeitsgrad der Selbstbeobachtungsprotokolle wird schrittweise zunehmen.*

## Erarbeiten einer Definition für sexuelle Übergriffe

Leiten Sie das Thema der Stunde mit folgender Frage ein:

- „Wie definieren Sie sexuelle Übergriffe? Wo fängt für Sie ein sexueller Übergriff an?“

Stellen Sie hierzu noch folgende Fragen:

- „Was ist, wenn es keine verbale Ablehnung gibt, keinen körperlichen Widerstand?“
- „Was gilt für den Fall, dass eine Person unterhalb des gesetzlichen Alters ihr -„Einverständnis“ gibt?“

*Hinweis: Seien Sie darauf vorbereitet diese Fragen eindeutig beantworten zu können (z.B.: Kinder sind aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung nicht in der Lage ihr Einverständnis zu sexuellen Kontakten zu geben).*

## Was sind einvernehmliche sexuelle Handlungen?

Sie können als Diskussionsgrundlage folgende Beispiele verwenden (Nehmen Sie sich zum Darstellen der Beispielsituation Zeit, damit der Pat. eine klare Vorstellung davon bekommt:

- Ein 10-jähriges Kind, welches Aufklärungsunterricht in der Schule erhalten hat
- Eine 24-jährige Frau mit einer geistigen Entwicklungsstörung und einem geistigen Alter von 8 Jahren
- Ein 15-jähriges Mädchen, welches mit einem 30-jährigen Mann zusammen ist
- Ein 15-jähriger Junge, welcher mit einer 30-jährigen Frau zusammen ist.

Stellen Sie unbedingt sicher, dass das Thema „einvernehmliche sexuelle Handlungen“ für den Pat. unmissverständlich und eindeutig wird. Dies ist ein wichtiges Thema, weil sich viele Mythen um das Vorhandensein von Einverständnis ranken. Seien Sie sich bewusst, dass die Diskussion von Einverständnis sehr knifflig und verzwickelt sein kann, dass Menschen mit pädophiler oder hebephiler Präferenz Beispielsituationen anbringen werden, mit denen sie Sie davon überzeugen wollen, dass gegenseitiges Einverständnis gegeben ist (z.B. Prostitution von Teenagern). Stellen Sie sich und dem Pat. in dieser Situation folgende fünf Fragen:

- Ist es legal?
- Ist es einvernehmlich?
- Ist es respektvoll?
- Ist eine Wahl möglich?

Händigen Sie dem Pat. das Arbeitsblatt W 4.1 aus. Sie werden möglicherweise anmerken, dass die verwendete Definition von Einverständnis sehr einfach

gehalten wurde und nur zwei Bedingungen beinhaltet. Die Definition (wie alles Material im Programm) muss aber für den Pat. einfach zu verstehen sein.

### Sind Kinder mitverantwortlich für sexuelle Übergriffe?

Werfen Sie im Verlauf des Gesprächs auch die Frage auf, ob Kinder mitverantwortlich für sexuelle Übergriffe sind (z.B. durch die Art sich zu kleiden, durch ihr Verhalten, ihren Umgangskreis oder ihren Lebensstil)?“

Ergebnis der Diskussion muss sein, dass die Kinder nie mitverantwortlich sind. Sie können dies anhand der folgenden beiden Beispiele illustrieren:

Ein kleiner Junge sagt zu seinem Vater: „Komm, wir machen einen Boxkampf, aber nicht gespielt, einen richtigen Boxkampf!“ Der Vater sagt: „Okay!“ und verpasst dem Kleinen einen Kinnhaken, so dass dieser ohnmächtig zu Boden fällt. Anschließend meint der Vater: „Aber er hat es doch so gewollt, er hat mich dazu aufgefordert!“

Ein 8 Jahre altes Mädchen sagt zu ihrem Onkel: „Lass uns Mann und Frau spielen. Gib mir einen richtigen Kuss.“ Zum Entsetzen des Mädchens gibt der Onkel dem Mädchen einen Zungenkuss und fasst es im Brustbereich an.

### Warum gibt es sexuelle Übergriffe?

Letztendlich sollte mit dem Pat. folgende Antwort erarbeitet werden: Allein die Tatsache, dass ein sexuelles Interesse für Kinder vorliegt, ist kein Grund dafür, dass sexueller Missbrauch erfolgt. Es gibt sexuellen Missbrauch letztlich nur deswegen, weil die Entscheidung getroffen wurde, sich so zu verhalten.

### Wer begeht sexuelle Übergriffe auf Kinder?

Diskutieren Sie diese Frage mit dem Pat. und ergänzen Sie die Antworten, falls erforderlich, um folgende Informationen:

Menschen aus allen sozialen Schichten, Lebensbereichen und Altersgruppen begehen sexuelle Übergriffe an Kindern. Die Täter sind zu einem sehr großen Teil Männer. Sexuelle Übergriffe an Kindern können eine Ersatzhandlung für eigentlich gewünschte sexuelle Kontakte mit einem erwachsenen Partner darstellen. Viele Männer haben jedoch eine pädophile/hebephile Neigung, d.h. ein genuines Interesse am kindlichen oder peripubertären Körper. Die pädophile/hebephile Neigung kann ausschließlich auf Kinder (Hauptströmung) oder auf Kinder und Erwachsene gerichtet sein (Nebenströmung).

### Kennen Sie Mythen über sexuellen Missbrauch von Kindern?

Stellen Sie dem Pat. oben stehende Frage und ergänzen Sie seine Ausführungen nötigenfalls um die Inhalte des Wissensblattes W 4.2 über sexuelle Mythen, geben Sie dieses aus und lassen Sie es den Pat. lesen.

#### 4.3: 10. Sitzung: Sexuelle Fantasien und Selbstbefriedigung

##### Theoretische und praktische Informationen

*Verhaltenstherapeutische Theorien gehen nach dem Prinzip der operanten Konditionierung davon aus, dass sexuelle Fantasien (hier präpubertäre und peripubertäre Kinderkörper) durch das Orgasmuserleben maximal verstärkt werden und sich dadurch das Interesse am begehrten Objekt (Kind) weiter stabilisiert.*

*Vielfach wurde daraus für die Therapie gefolgert, wenn deviante sexuelle Fantasien und damit verbundene Selbstbefriedigung reduziert werden, dann vermindert sich hierdurch die Quantität der sexuellen Erregbarkeit durch Kinderkörper. Es gilt jedoch mittlerweile als bewiesen, dass eine Veränderung der Sexualstruktur mittels operanter Konditionierung nicht möglich ist.*

*Nach den bisherigen klinischen Erfahrungen des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin ist jedoch davon auszugehen, dass eine Akzeptanz sowie ein Kennen der eigenen sexuellen Fantasien und damit der Sexualstruktur, die Integration der eigenen Präferenzstörung und letztlich die Impulskontrolle verbessert.*

*Es kann für den Patienten eine zusätzliche Entlastung und damit einhergehend eine Stabilisierung bedeuten, sich zu erlauben und erlaubt zu bekommen, zu eigenen Fantasien oder legalem Bildmaterial (z.B. Prospekte, Kinderfilme, Fotos, usw.) masturbieren zu dürfen und dabei die Erfahrung zu machen: „Ich werde dadurch kein ‚Sexmonster‘, wenn ich meine Fantasien zulasse. Meine Fantasien ‚ufern‘ nicht aus‘. Ich brauche nicht ständig den Deckel des Kochtopfs zu zudrücken.“*

*Gleichzeitig muss selbstverständlich betont werden, dass das Zulassen von sexuellen Fantasien nicht mit einer Erlaubnis für sexuelle Straftaten verbunden sein kann und dass der Patient dahingehend, gerade weil er seine sexuellen Wünsche und Fantasien kennt, verantwortlich dafür ist, dass er keine sexuellen Übergriffe begeht.*

*Letztlich kann eine Person nur das kontrollieren, was sie kennt und als einen Teil ihrer Persönlichkeit anerkennt. Ein Verbot von sexuellen Masturbationsfantasien kann demnach zu keiner Verbesserung der Impulskontrolle führen.*

*Daher gilt für pädophile/hebephile Männer, in sexuellen Fantasien und Masturbation besteht die einzige legale Möglichkeit Sexualität zu (er)leben. Dies kann mitunter stabilisierend wirken und ist in der Regel ungefährlich, solange es nicht als Ersatz für Leere, Langeweile und Einsamkeit im Leben dient.*

##### Hausaufgabenbesprechung

Lassen Sie einige Beispiele für Kontaktsituationen mit Kindern berichten. Diskutieren Sie den Zusammenhang von Gefühlen und eigenem Körpererleben sowie von Gedanken.

*Hinweis: In der Mehrzahl der Fälle werden Patienten sexuelle Fantasien berichten können. Jedoch kann nicht automatisch davon ausgegangen werden,*

*ein Patient der keine sexuellen Fantasien berichten kann, wolle dies nicht tun oder sage gar die Unwahrheit. Manche Patienten empfinden sexuelle Fantasien als derart bedrohlich, dass sie ständig bemüht sind, diese nicht zuzulassen. Diskutieren Sie untenstehende Fragen mit dem Patienten.*

#### Welche sexuellen Fantasien kennen Sie von sich?

Informieren Sie den Pat. darüber, dass alle Männer bei der Selbstbefriedigung sexuelle Gedanken oder Fantasien haben bzw. ihr eigenes „Kopfkino“ verwenden. Tagträume können ebenfalls sexuelle Inhalte aufweisen. Sexuelle Fantasien sind bei einer Person oftmals ähnlich, können jedoch von Person zu Person sehr unterschiedlich ausfallen.

*Hinweis: Hier ist es wichtig, dass der Pat. erfährt, dass Menschen bis zum Lebensende sexuelle Fantasien haben, welche zu manchen Zeitpunkten häufiger oder auch seltener vorkommen können. Sexuelle Fantasien sind bei Kindern vor der Pubertät deutlich seltener und weniger konkret ausgeprägt als bei Erwachsenen. Wenn ein Kind sexuelle Fantasien hat, bedeutet dies jedoch nicht dass es Sex haben will (selbstverständlich gilt dies auch für erwachsene Personen).*

#### Wie erleben Sie Ihre sexuellen Fantasien?

Weisen Sie darauf hin, dass sexuelle Fantasien recht unterschiedlich erlebt werden.

Stellen Sie folgende Fragen:

- Welche Folgen für Ihr Verhalten hat es, wenn Sie Ihre Fantasien positiv Erleben?
- Welche Folgen für Ihr Verhalten hat es, wenn Sie Ihre Fantasien negativ Erleben?
- Worin könnte die Lösung bestehen, dass sie ihre sexuellen Fantasien weniger negativ erleben?

Letztlich soll hier mit dem Pat. erarbeitet werden, dass eine Akzeptanz der eigenen sexuellen Fantasien und Gedanken dazu führen könnte, dass diese weniger negativ erlebt werden. Dies funktioniert nicht von heute auf morgen, sondern ist in der Regel mit einem längeren Prozess verknüpft, der auch schmerzhaft sein kann.

*Hinweis: Es werden hier möglicherweise einige Patienten berichten, dass sie sich ihren Fantasien gegenüber schutzlos ausgeliefert fühlen. Andere Patienten können fürchten, dass die Fantasien „aus dem Ruder laufen“ und zu Gewalttaten führen könnten, werden sie erst einmal zugelassen. Vermitteln Sie den Patienten, dass diese Gefahr nicht gegeben ist, sondern dass es weitaus gefährlicher ist, seine eigenen Fantasien zu unterdrücken und zu verneinen.*

## Imagination zum Umgang mit als unangenehm erlebten sexuellen Fantasien

Zur Beeinflussung sexueller Fantasien können Sie die folgende Imaginationsübung anbieten. Diese Übung wird die sexuellen Fantasien inhaltlich nicht verändern, jedoch kann sie dazu beitragen, dass die Fantasien nicht als „quasi unbeeinflussbar“ erlebt werden. Ziel der Imagination ist es daher lediglich, die Heftigkeit der eigenen sexuellen Fantasien zu gestalten. Verwenden Sie orientierend untenstehende Instruktion. Sprechen Sie die Sätze langsam und deutlich und machen Sie nach den einzelnen Sätzen einige Sekunden Pause:

*Ich möchte mit Ihnen gerne eine Übung machen, bei der Ihr Vorstellungsvermögen gefragt ist. Bei uns Menschen wird das, was wir uns vorstellen bunter und reicher, also realistischer, wenn wir uns vorher entspannen können. Daher:*

*Setzen Sie sich aufrecht aber bequem hin.*

*Versuchen Sie mit Ihren Füßen Kontakt zum Boden zu haben. Spüren Sie den Fußboden? Spüren Sie die Fußlehne?*

*Schließen Sie jetzt die Augen.*

*Atmen Sie einmal tief ein und lassen Sie sich anschließend viel Zeit beim Ausatmen. – Gleich noch einmal...*

*Konzentrieren Sie sich ganz auf Ihren Atem. Ruhig ein und ausatmen. Beobachten Sie wie sich dabei der Brustkorb oder der Bauch hebt und senkt.*

*Stellen Sie sich nun eine Situation mit einem Kind vor, welche für Sie sexuell erregend ist. Ist es ein Mädchen oder Junge, welche Haarfarbe hat das Kind, wie ist es gekleidet, wie alt ist es? Stellen Sie sich vor, wie Sie dem Kind begegnen. Vielleicht gucken Sie es nur an, vielleicht fassen Sie es auch an. Schauen Sie sich die Szene genau an.*

*Versuchen Sie jetzt die Farben des Bildes verblassen zu lassen... die Farben werden langsam heraus gewaschen...bis das Bild nur noch schwarze, graue und weiße Töne enthält...bis Sie ein schwarz-weiß Bild haben...schauen Sie wie dieses Bild auf Sie wirkt...lassen Sie sich einige Sekunden Zeit dabei...Versuchen Sie nun langsam wieder Farbe in das Bild zu bekommen...Sie können an einer Ecke anfangen...oder erst die Kleidung farbig werden lassen...langsam werden die Farben kräftiger...Schauen Sie sich den Unterschied an...Was passiert jetzt gerade? wo sind Sie, wo ist das Kind?...Haben Sie ein Bild vor Augen?...Sie gucken sich das Bild durch einen Fotoapparat an...Sehen Sie den schwarzen Rand im Sucher um das Bild?...Drücken Sie jetzt auf den Auslöser und machen Sie ein Foto...Sie haben eine Sofortbildkamera...nehmen Sie das Foto in die Hand... gefällt Ihnen das Bild?...schauen Sie es sich einen Moment lang an...Was sehen Sie darauf?...Was wollen Sie mit dem Foto machen?... Wollen Sie es aufbewahren? ...Vielleicht in einem Karton oder im Album... oder verstecken Sie es... oder zerreißen es gar... gucken Sie welcher Umgang mit dem Foto für Sie am angenehmsten ist... Sie haben das Foto jetzt aufbewahrt, weggeschmissen oder zerrissen... Wir kommen jetzt langsam wieder zum Ende... ich zähle langsam rückwärts von fünf bis null und Sie können bei fünf die Augen öffnen...5...4...3...2...1...0...öffnen Sie die Augen, betrachten Sie den Raum und strecken Sie sich ausgiebig.*

Was hat geholfen?  
Was war angenehm? Was war unangenehm?  
Wie geht es Ihnen jetzt?

### Bedeutung der Selbstbefriedigung

- Welche Folgen hätte es für Sie, wenn Sie sich Selbstbefriedigung verbieten würden?
- Was bedeutet Ihnen Selbstbefriedigung?

### Welche Vor- und Nachteile hat Selbstbefriedigung für Sie?

Denkbare Nachteile:

- Hält mich von anderen Dingen ab
- Es nervt mich (z.B., wenn ich mich immer wieder befriedigen muss).
- Ich fühle mich danach müde.
- Ich habe dann sexuelle Fantasien, die ich nicht haben will.

Denkbare Vorteile:

- Macht mir Spaß / Lust
- Ausleben der eigenen Sexualität ohne anderen Menschen zu schaden.
- Entspannt mich.

*Hinweis: Vermitteln Sie dem Pat., dass Selbstbefriedigung ein Weg sein kann die eigene Sexualität zu leben, der in der Regel ungefährlich ist. Zur Selbstbefriedigung kann weder generell geraten noch abgeraten werden. Der eine leidet darunter, dass er Angst hat sich selbst zu befriedigen, der andere, weil er es mehrmals am Tag quasi zwanghaft machen muss.*

*Der Grundtenor sollte hier sein, dass Selbstbefriedigung in erster Linie keinem anderen Menschen schadet und daher eine (für manche Männer sogar die einzige) legale Möglichkeit darstellt, sexuelle Bedürfnisse auszuleben.*

### Hausaufgabenbesprechung

Teilen Sie den Selbstbeobachtungsbogen für die Hausaufgaben (HA 4.3) aus. Erläutern Sie dem Patienten, dass diese Hausaufgabe dazu dient, die Fähigkeit sich selbst zu beobachten, weiter zu trainieren. Überdies soll diese Aufgabe das Ziel verfolgen, dass der Pat. lernt, eigene sexuelle Fantasien zu akzeptieren und als weniger bedrohlich zu erleben. Dies wird sicherlich nicht in allen Fällen zutreffen.

## **4.4: 11. Sitzung: Übungen zur Wahrnehmung**

### Wahrnehmung-Denken-Einstellung-Fantasie

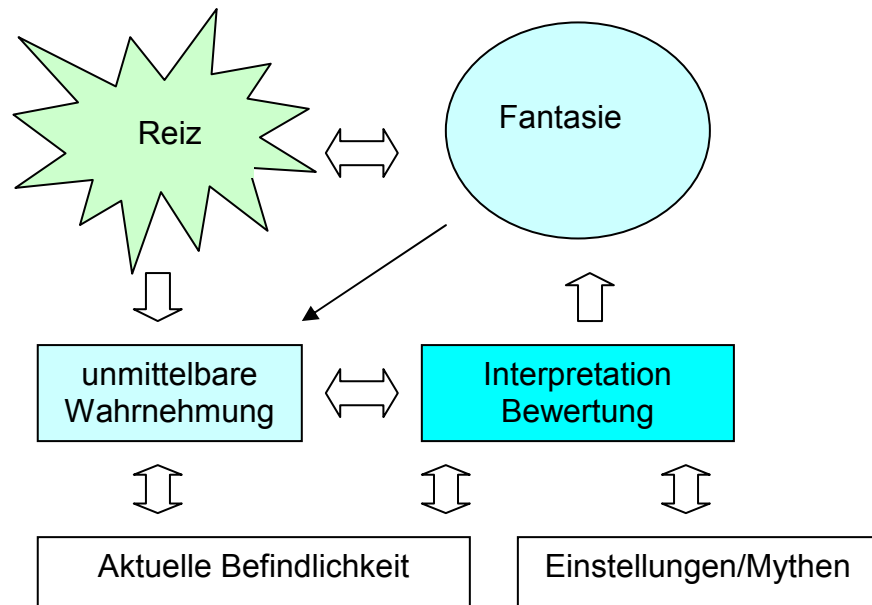
Geben Sie dem Pat. Arbeitsblatt AB 4.3:

- Bitten Sie den Patienten, für sich in das Arbeitsblatt Pfeile einzutragen, die zeigen, wie die einzelnen Stationen der Informationsverarbeitung zusammenspielen könnten. Weisen Sie darauf hin, dass die Pfeile nicht nur hin, sondern auch hin- und zurück zeigen können. Erklären Sie, dass



ein Reiz irgendetwas Wahrnehmbares sein kann, z.B. eine Situation (Streit, gemeinsames Abendessen, Regenwetter, Autounfall usw.) oder auch nur ein Geräusch, ein Bild, ein Geruch oder sogar nur ein flüchtiger Gedanke sein kann.

- Die untenstehende Abbildung zeigt die zugehörigen Pfeile.



- Knüpfen Sie an die Ergebnisse der vergangenen Sitzungen an:

*Hinweis: Wahrnehmung erfolgt über alle 5 Sinne: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen. An jeder Stelle der Informationsverarbeitung tragen aktuelle Befindlichkeit, überdauernde Einstellungen und Mythen zu Verzerrungen bei.*

*Der Versuch, einen Reiz zu interpretieren kann zu verschiedensten Vorstellungen und somit auch zu Fantasien führen. Diese Fantasien können wiederum einen Reiz darstellen, der wahrgenommen und bewertet werden kann. (U. a. kann so das vielen Menschen bekannte Gedankenkreisen und Grübeln entstehen.)*

*Hier handelt es sich um einen Vorgang der weitgehend automatisch abläuft, jedoch ist eine aktive Steuerung möglich!*

### Durchbrechen des Automatismus

Stellen Sie folgende Fragen:

- „An welchen Stellen könnten Sie mit Erfolg diesen Automatismus unterbinden?“
- „Was können Sie dazu tun?“

Der Patient soll hier selbst erarbeiten, dass sich der Automatismus frühzeitig an zwei Stellen durchbrechen lässt:

- An der unmittelbaren Wahrnehmung des Reizes
- An der aktuellen Befindlichkeit

*Hinweis: Einstellungen lassen sich nicht unmittelbar sondern nur mittel- bis längerfristig verändern. Entscheidend hierbei ist der Versuch einer Abkoppelung der Wahrnehmung von der (emotionalen) Bewertung. Eine emotionale Bedeutsamkeitszuschreibung kann so verändert werden.*

Weisen Sie den Pat. darauf hin, dass alles was wir wahrnehmen sofort mit einer Bedeutung versehen, d.h. interpretiert wird. Verschiedene Menschen werden eine gegebene Situation nie identisch bewerten.

Einige Möglichkeiten:

- Sich keinem Reiz aussetzen
- Anderen Reiz entgegensetzen (Ablenkung, Aufmerksamkeitsrichtung ändern)
- Nur betrachten ohne Wertung
- „nüchtern“ beschreiben
- Befindlichkeit verändern (Entspannung, Anspannung, Ablenkung)

Händigen Sie die beiden Seiten von Arbeitsblatt AB 4.4 aus. Gehen Sie mit den Patienten die einzelnen Punkte durch:

- Was ist ungerichtete Wahrnehmung?
- Worin unterscheidet sie sich von gerichteter Wahrnehmung?
- Was passiert bei der gezielten Wahrnehmungsverzerrung?

### Übung 1 zur ungerichteten Wahrnehmung

Überlegen Sie sich, welches Bildmaterial Sie dem Patienten im Rahmen der folgenden Übungen darbieten wollen und bereiten Sie es für die Sitzung vor. Es kann sich bspw. um Material aus dem Projekt PPD handeln (Fernsehsport) oder um Bilder, auf denen Gegenstände, erwachsene Personen oder Kinder dargestellt sind.

Durchführung der Übung 1:

Bereiten Sie den Pat. mit einer kurzen Entspannung auf die Übung vor, wie Sie es bereits aus der Sitzung „Sexuelle Stimuli“ kennen:

- Setzen Sie sich aufrecht aber bequem hin.
- Versuchen Sie mit Ihren Füßen Kontakt zum Boden zu haben. Spüren Sie den Fußboden?
- Schließen Sie jetzt die Augen.
- Atmen Sie einmal tief ein und lassen Sie sich anschließend viel Zeit beim Ausatmen.
- Konzentrieren Sie sich auf Ihren Atem. Ruhig ein- und ausatmen. Beobachten Sie sich dabei....

Kündigen Sie dem Pat. nun die Darbietung des Reizes an:

Öffnen Sie jetzt langsam Ihre Augen. Ich zeige Ihnen jetzt einen kurzen Film oder ein Bild (hier möglicherweise den Spot „lieben sie Kinder mehr als ihnen lieb ist“ oder anderes Bildmaterial).

- Nehmen Sie genau wahr, was Sie sehen!
- Seien Sie aufmerksam, aber offen: ignorieren Sie nichts,
- Konzentrieren Sie sich auf nichts.
- Achten Sie auf das, was Sie wahrnehmen, ohne sich davon einnehmen zu lassen!
- Lassen Sie Ihre Beobachtungen kommen und gehen wie z. B. Ihren Atem, oder Wolken...
- Sehen Sie es sich genau an, aber interpretieren und bewerten Sie nicht!

Werten Sie die Übung aus:

- Was haben Sie erlebt?
- Was ist gut gelungen?
- Wo gab es Schwierigkeiten?
- Was ist oder wäre für Sie hilfreich?

### Übung 2 zur gerichteten Wahrnehmung

Bereiten Sie den Pat. mit einer kurzen Entspannung auf die Übung vor.

- Entscheiden Sie sich jetzt bewusst, worauf Sie achten wollen!
- Beschreiben Sie, was Sie wahrgenommen haben.
- Benennen Sie, was Sie erleben: „Ich habe gesehen...“; „Ich habe gehört...“; -„Ich denke jetzt...“; „Ich fühle jetzt...“.
- Wenn Sie bewerten und interpretieren, benennen Sie das: „Ich bewerte, ‚der Junge sieht hübsch aus‘ oder ‚der schaut den Mann an, weil er ihn sympathisch findet‘, usw.“.

Werten Sie die Übung auf der Grundlage der Mitschrift gemeinsam aus:

- Was haben Sie erlebt?
- Was ist gut gelungen?
- Wo gab es Schwierigkeiten?
- Welche Bewertungen waren enthalten?

*Hinweis: Sollte die Aufmerksamkeit des Patienten sich nach einiger Zeit auf andere Dinge richten, führen Sie ihn auf das eigentliche Thema zurück. Fokussieren Sie im Erleben der Patienten, dass Beschreibung und Rationalisierung Distanz schaffen.*

### Übung zur Wahrnehmungsveränderung

Bereiten Sie den Pat. mit einer kurzen Entspannung auf die Übung vor.

- Wiederholen Sie die Schritte 1 und 2 der ersten Übung.
- Leiten Sie zu Übung 3 folgendermaßen über:
- Verlassen Sie jetzt die distanzierte beschreibende Betrachtung
- Entscheiden Sie sich bewusst teilnehmen zu wollen!
- Lassen Sie sich einnehmen von den Erinnerungen an den Film/das Bild.

- Was sehen Sie, riechen Sie, fühlen Sie
- Bewerten Sie! ....

### Besprechung der HA 4.3

Bitten Sie den Pat., sich seine Hausaufgaben zur heutigen Sitzung vorzunehmen. Fragen Sie, ob es gegebenenfalls Schwierigkeiten gab das Protokoll auszufüllen, was fiel hingegen leicht?

- Gibt es sexuelle Fantasien, welche Sie nicht akzeptieren können?
- Wie gehen Sie mit diesen Fantasien um?
- Was würde passieren, wenn Sie diese Fantasien akzeptieren könnten?

### Hausaufgabe

Bitten Sie den Patienten an ausgewählten Situationen des Alltags die heutigen Stundeninhalte zu wiederholen und zu üben (z. B. Bildbetrachtung, Beobachtung von Menschen im Cafe, Üben an Alltagsgegenständen...).

Teilen Sie als Hausaufgabe das Arbeitsblatt HA 4.4 aus und fordern Sie den Patienten auf, das Selbstbeobachtungsprotokoll zur Selbstbefriedigung erneut auszufüllen.

Klären Sie ggf. offene Fragen und Probleme zur vorherigen Hausaufgabe.

## **Modul 5: Gefühle**

### **5.1: 12. Sitzung: Gefühle erkennen und benennen**

#### Theoretische und praktische Informationen:

*In diesem und im folgenden Modul soll die Introspektionsfähigkeit und insbesondere die Verbalisierung von Gefühlen weiter trainiert werden. Die Verbesserung der Fähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen und zu beschreiben soll letztlich dazu führen, verschiedene eigene, u. a. sexuelle Bedürfnisse, besser zu erkennen, um so die eigene Kontrollfähigkeit auszubauen. Weiterhin stellt diese Fähigkeit eine wichtige Grundlage für die regelmäßige Tagebuchführung nach dem 9. Modul dar.*

#### Gefühle

- Bitten Sie den Pat. alle Gefühle zu nennen, die er kennt.
- Sortieren Sie gemeinsam mit dem Pat. die Gefühle nach Oberbegriffen.
- Diskutieren Sie mit dem Pat., inwieweit eine klare Abgrenzung und Zuordnung von Gefühlen möglich ist:
- Wo ordnen Sie Sehnsucht, Lust, Geborgenheit, Akzeptanz, Verlangen, Gier, Schuld und Einsamkeit ein?
- Wie eindeutig kann hier eine Zuordnung erfolgen?

*Beispiele für Oberbegriffe:*

*Angst: Besorgnis, Sorge, „Furcht“, Bammel, Schiss, Panik...  
Freude: Zufriedenheit, Glück...  
Wut: Ärger, Unzufriedenheit, Genervt sein...  
Abneigung: Hass, Ablehnung, Ekel...  
Trauer: Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Bedrücktheit, Verzweiflung,  
Depression...  
Scham: Geniertheit...  
Liebe: Sympathie, Zuneigung, Lust...*

*Hinweis: Eine bewusste Auseinandersetzung mit Gefühlen und eine diesbezügliche sprachliche Reflexion sind möglicherweise für den Pat. ungewohnt.*

*Machen Sie darauf aufmerksam, dass viele Menschen ihre Gefühle nur in „gut“ oder „schlecht“ differenzieren können.*

*Ziel ist es, zentrale Gefühle wie Angst, Freude, Wut, Abneigung, Trauer, Scham und Liebe herauszuarbeiten.*

*Den zentralen Gefühlen lassen sich Synonyme oder Bezeichnungen zuordnen, die graduelle Unterschiede ausdrücken.*

### Wahrnehmung von Gefühlen

Bitten Sie den Patienten, auf dem Arbeitsblatt AB 5.1 zu erarbeiten, woran er bei sich selbst diese Gefühle erkennen kann.

Folgende Punkte sollen dabei berücksichtigt werden:

- Körpererleben (Entspannung, Leichtigkeit, Kribbeln, Erröten, Blässe, Übelkeit, Schweißausbruch, Anspannung...)
- Körperhaltung (zugewandt, aufrecht, offen, geduckt, Faust geballt, nach vorne geneigt, abgewandt...)
- Stimme (leise, gehaucht, laut, schrill, hoch, tief...)
- Sprachliche Äußerungen (Schimpfworte, Entschuldigungen, Füllwörter, Stammeln...)
- Verhalten bzw. Verhaltensimpuls (Weglaufen, Schlagen, Umarmen, Weinen...)
- Gedanken (das ist...toll, schön, gut, ätzend, furchtbar, langweilig...)

*Hinweise: Typischerweise fällt es Ungeübten schwer, Gefühl und Körpererleben voneinander zu trennen. Geben Sie ggf. Beispiele und Hilfestellungen, z. B. die Erinnerung an eine private Situation, in der das betreffende Gefühl erlebt wurde oder verweisen Sie unterstützend auf die Selbstbeobachtungsprotokolle der Hausaufgaben.*

## 5.2: 13. Sitzung: Bedeutung von Gefühlen

Fragen Sie den Patienten, wozu Gefühle nützlich sind: Wozu brauchen wir Gefühle? Was wäre, wenn wir keine Gefühle hätten? Lassen Sie den Patienten folgende Funktionen von Gefühlen erarbeiten:

- Motivation zur Handlung
- Aktivierung oder Hemmung von Verhalten
- Orientierungs- ggf. Warnsystem
- Kommunikation und Interaktion
- Bestätigung eigener Wahrnehmung

Fokussieren Sie abschließend das Gefühl „Liebe“ mit seinem Bedürfnis nach Bindung und der Möglichkeit der Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse:

- Wozu motiviert Liebe?
- Welches Verhalten wird durch Liebe aktiviert?
- Welches Verhalten von Liebe gehemmt?
- Welcher Orientierung hilft Liebe?
- Worin besteht die warnende Funktion von Liebe?
- Welche Wahrnehmung wird durch das Gefühl Liebe oder Zuneigung bestätigt?
- Wie ist Liebe Bestandteil von Kommunikation und Interaktion?
- Was passiert, wenn wir „zu viel“ lieben?

Loten Sie dabei gemeinsam mit dem Patienten die Grenzen angemessener und unangemessener Gefühlsintensität aus.

### Einstellungen zum Umgang mit Gefühlen

Händigen Sie dem Pat. das Arbeitsblatt AB 5.2 aus und bitten Sie ihn, sich das Arbeitsblatt durchzulesen und alle Aussagen anzukreuzen, die für ihn zutreffen. Lassen Sie den Patienten ggf. weitere Einstellungen zum Thema „Gefühl“ ergänzen und fassen Sie die Ergebnisse zusammen.

Diskutieren Sie dann folgende Frage:

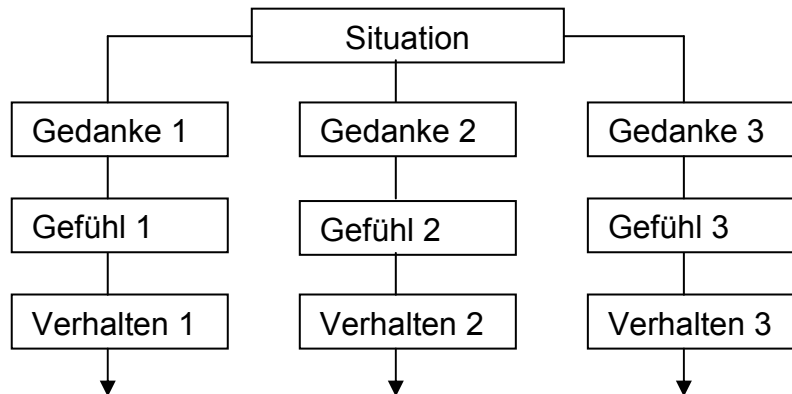
- Welche Konsequenzen haben die jeweiligen Einstellungen, wenn jemand von ihnen überzeugt ist?

Werten Sie die Konsequenzen abschließend dahingehend aus, dass die hier zusammengetragenen Einstellungen als „Mythen“ ungünstig auf den Umgang mit Gefühlen wirken können.

### Denken – Fühlen – Verhalten

Händigen Sie dem Pat. das Arbeitsblatt AB 5.3 aus. Lesen Sie die geschilderte Situation vor und diskutieren Sie mit dem Pat., welche Gedanken und Gefühle er in dieser Situation hätte und wie er sich verhalten würde. Diskutieren Sie alternative Gedanken und Gefühle in der Situation.

Verdeutlichen Sie, wie unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung einer Situation zu unterschiedlichem Gefühl und Verhalten führen können:



Fassen Sie abschließend die Ergebnisse zusammen, indem sie

- ...auf den Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln verweisen.
- ...auf die Abb. auf dem Arbeitsblatt AB 5.1 verweisen.
- ...die Auswirkungen von Einstellungen und Überzeugungen betonen,
- ...die Ergebnisse der Stunde an die vergangenen Stundeninhalte zu Wahrnehmung, Interpretation, Mythos und Fantasie in Bezug setzen

*Hinweis: Sollte der Patient wider Erwarten keine unterschiedlichen Gedanken und Gefühle generieren können, regen Sie an, alternative Bewertungen der Situation zu entwickeln, indem Sie unterstützend verschiedene Details der Situationsbeschreibung fokussieren (Erschöpfung, Abgrenzungsbedarf, Beziehungsaspekt, Bedürfnisorientierung ...)*

#### Zusammenfassung am Beispiel der HA

Bitten Sie den Pat., sich seine Hausaufgaben zur letzten und zur heutigen Sitzung vorzunehmen (Selbstbeobachtungsprotokolle 5 & 6 zur Selbstbefriedigung):

Sehen Sie sich die verschiedenen Situationen der letzten 2 Wochen an. Mit welchen Gedanken haben Sie auf die verschiedenen Situationen reagiert? Welche Gefühle spiegeln sich in den Gedanken? Gibt es bestimmte Gedanken und Gefühle, die wiederholt oder „typischerweise“ den Verhaltensimpuls „Selbstbefriedigung“ auslösen? Welche Gefühle folgen der Selbstbefriedigung?

#### Hausaufgabe

Händigen Sie dem Patienten HA 5.1 und HA 5.2 aus und erörtern Sie kurz die Aufgabenstellung.

### **5.3: 14. Sitzung: Übungen zum Umgang mit Gefühlen**

Besprechung von HA 5.1

- Besprechen Sie die Hausaufgabe HA 5.1. Ziel ist es hier für den Patienten, zu erkennen, dass vom Verhalten und den Äußerungen einer Person meist darauf geschlossen werden kann, wie diese Person fühlt.
- Besprechen Sie anschließend den Selbstbeobachtungsbogen HA 5.2. Hier ist es wichtig, dass der Patient erkennt, dass die Gedanken und Gefühle Verhalten beeinflussen. Wichtig ist, darauf aufmerksam zu machen, dass

der erste Handlungsimpuls nicht notwendigerweise dem dann folgenden Verhalten entsprechen muss. Es gibt bei jedem Menschen Vorstellungen, Überzeugungen und Ansichten, die das Verhalten letztlich mit beeinflussen.

- Weisen Sie in diesem Zusammenhang zur Wiederholung darauf hin, dass Gedanken, Verhalten und Gefühle unmittelbar zusammenhängen.

### Handlungsleitende Gefühle in Kontaktsituationen mit Kindern

- Geben Sie dem Pat. die von ihm ausgefüllten Selbstbeobachtungsbögen 3 und 4 (HA 4.1 und 4.2) als Kopie. Im Vordergrund der Betrachtung sollen die verschiedenen Kontaktsituationen und die dazugehörigen protokollierten Gefühle stehen.
- Teilen Sie hierzu Arbeitsblatt AB 5.4 aus.
- Besprechen Sie mit dem Pat. folgende Fragestellungen des Arbeitsblatts:
  - Welches Gefühl hat der Kontakt mit dem Kind bei Ihnen ausgelöst?
  - Haben Sie das Gefühl klar benannt?
  - Versuchen Sie es heute noch klarer zu benennen!
  - Welche Rolle spielt Ihre Beziehung zu dem Kind bei Ihrem Gefühl?
  - Welche Gedanken/Bewertungen in der Begegnung tragen zu Ihren Gefühlen bei?
    - Typische Gedanken sind...
    - Typische Gefühle, die folgen sind...
  - Welche Unterschiede können Sie zwischen dem Verhalten, das Sie gerne zeigen würden und dem, was Sie tatsächlich zeigen, entdecken?
  - Wie erklären Sie sich Unterschiede?

Tragen Sie die Ergebnisse anschließend zusammen:

- Was konnten Sie für sich erkennen?
- Welches eigene „Motto“ würden Sie formulieren, wenn Sie für sich den Zusammenhang zwischen einer Begegnung mit einem Kind und Ihrem Erleben formulieren sollten.
- Welchen Schluss ziehen Sie daraus?

### Umgang mit Gefühlen

- Leiten Sie aus den bisherigen Ergebnissen folgende Fragestellungen ab:
  - Welche Gefühle erleben Sie als förderlich, welche als eher hinderlich in Ihren Begegnungen?
  - Wie geht man mit unerwünschten, hinderlichen Gefühlen um, was macht man mit Gefühlen, die man nicht will?

Gewichten und ergänzen Sie die Ergebnisse in Anlehnung an die Übungen zu Wahrnehmung und Denken, so dass folgende funktionale Strategien im Umgang mit Gefühlen deutlich werden:



- Akzeptanz
- ggf. Abwarten, d.h. nicht dem ersten Impuls folgen
- Distanzschaffung über:
  - Realitätsprüfung
  - Betrachtung und Beschreibung
  - Imagination (schwarz-weiß-Technik, Lupentechnik...)
- Ermutigung über Selbstinstruktion: „Nicht ich bin das Gefühl, sondern ich habe ein Gefühl, das ich beeinflussen kann“
- Veränderung über
  - Imagination (schöne Erinnerungen, anderen Auslöser...)
  - Verschiebung der Aufmerksamkeit
  - Entgegengesetztes Handeln
  - Gegenreiz

*Hinweis:*

*Ziel ist die Erarbeitung funktionaler Lösungsstrategien im Umgang mit dysfunktionalen Gefühlen.*

### Übung 1: Gefühlswahrnehmung und –beschreibung

Händigen Sie Arbeitsblatt AB 5.5 aus und erläutern Sie dem Patienten die Übung:

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| Aufgabe: | - | Wahrnehmung und Beschreibung des eigenen Erlebens bei Betrachtung eines Filmausschnitts (z.B. Fernsehspot des Präventionsprojekts Dunkelfeld) oder eines Bildes |
| Ziel:    | - | Schulung der Selbstwahrnehmung und Beschreibung Eigenen Erlebens  |
| Ablauf:  | - | Filmausschnitt/Bild ansehen   |
|          | - | Arbeitsbogen bearbeiten   |
|          | - | Besprechung der Ergebnisse  |

- Geben Sie dem Patienten ausreichend Zeit, den Arbeitsbogen AB 5.5 zu bearbeiten. Wiederholen Sie gegebenenfalls den Filmausschnitt.
- Stellen Sie dem Patienten folgende Frage: Hat sich die Ausprägung des beschriebenen Gefühls während der Bearbeitung der Aufgaben verändert?
- Hier sollte in der Regel eine Abnahme der beobachteten Intensität zu verzeichnen sein. Erläutern Sie dem Patienten, dass bereits durch die Beobachtung und genaue Beschreibung, das Gefühl an Intensität verlieren kann.
- Behalten Sie den ausgefüllten Arbeitsbogen nach Beendigung der Übung für die Akte.

### Wahrnehmung und Gefühlsregulation

Erörtern Sie gemeinsam mit dem Patienten die Frage, ob und wie die eigene Wahrnehmung von Gefühlen verändert werden kann. Versuchen Sie aus dem Erleben des Pat. eine Situation zu finden (ggf. aus der heutigen Sitzung) in der

er eine Veränderung seines Gefühls festgestellt hat und erarbeiten Sie mit ihm den Gegenreiz, der ein anderes Gefühl erzeugt hat. Erarbeiten Sie weiterhin die Frage, wie ein Gegenreiz erzeugt werden kann? (z.B. Trost durch Schokolade, etc.)

Was könnte hilfreich sein?

### **Bedeutung der Tagebuchführung**

- Besprechen Sie mit dem Pat. folgende Fragen:
  - Wozu kann die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung dienen?
  - Wozu sind Kenntnisse der eigenen Gefühle hilfreich?
  - Was hat sich für Sie mit dieser intensiven Auseinandersetzung verändert?
  - Welche Erkenntnisse haben Ihnen die begleitenden Selbstbeobachtungsprotokolle geliefert?
- Arbeiten Sie mit dem Patienten folgende Vorteile einer intensiven Selbstbeobachtung heraus:
  - Bessere Selbstkenntnis ermöglicht ein selbstbestimmtes Erleben mit einem Gefühl der Kontrolle über das eigene tägliche Handeln
  - Probleme können frühzeitig erkannt werden
  - Eine „neutrale“ Problembetrachtung ermöglicht Lösungsfindung
  - Die Aufdeckung von Wahrnehmungs- und Denkfehlern beugt Problemen und unangemessenem Verhalten vor
- Besprechen Sie mit dem Patienten die Bedeutung einer fortgesetzten Tagebuchführung in Form von Selbstbeobachtungsprotokollen:
  - Grundlage eines Präventionsplans
  - Verständnis von sozialen Beziehungen und sexueller Interaktion

### **Tagebuchführung**

- Klären Sie die Häufigkeit der Eintragungen (mindestens eine täglich)
- Erarbeiten Sie folgende inhaltliche soziale Schwerpunktsetzung:
  - Ereignisse und alltägliche Begebenheiten im Kontakt mit Anderen
  - Private und berufliche soziale Konfliktsituationen
  - Alle Kontakte zu Kindern, deren Ereignisse im Vorfeld und damit verbundenes Erleben
- Wiederholen Sie anschließend, welche Aspekte bei der Selbstbeobachtung wichtig im Sinne von aufschlussreich sind:
  - Gedanken
  - Gefühle inkl. Körperempfindungen
  - Reaktion auf die Ereignisse, d.h. Verhalten
- Führen Sie als letzten Selbstbeobachtungsaspekt die Konsequenz ein und leiten Sie damit zur Hausaufgabenbesprechung über.

**Hinweise:** Halten Sie den Pat. dazu an, seine Tagebucheintragungen in der Therapie zu besprechen. Dies ist insbesondere relevant, wenn ein bedeutsames Ereignis/Thema aufgetaucht ist.

- Während der folgenden Sitzungen werden jeweils 10 – 15 Minuten dafür eingeplant.

- Stellen Sie eine ausreichende Anzahl von Formblättern für die Aufzeichnungen zur Verfügung.

### **Hausaufgabe - Tagebuchführung**

- Erfragen Sie, was der Patient sich unter „Konsequenz“ vorstellt.
- Erarbeiten Sie den Begriff ggf. an folgendem schon bekannten Beispiel:

Situation:

Ein Bekannter aus Ihrer Nachbarschaft – ein allein erziehender Vater - ruft Sie nach einer anstrengenden Woche Freitagabend an: Er habe die Gelegenheit, mit einer wunderbaren Frau ein Wochenende ins Umland zu fahren. Das ginge aber nur, wenn Sie bereit wären, seine 8-jährige Tochter / seinen 8-jährigen Sohn, die / den Sie sexuell attraktiv finden, für 2 Tage zu sich zu nehmen. Er fragt, ob Sie dazu bereit wären.

Mögliche Gedanken:

- Das kann doch wohl nicht wahr sein, er will Spaß und seine Tochter muss darunter leiden.
- Die / der arme Kleine wird abgeschoben.
- Ich kümmere mich!
- Ich habe sie / ihn gerne bei mir.

Gefühle: Ärger, Mitgefühl, Anspannung, Aufregung, Vorfreude

Verhalten: Ich rufe zurück und sage zu. Ich wünsche ein schönes Wochenende und beruhige den Mann.

Konsequenz: Ich habe Gesellschaft eines Kindes.  
Ich bin am Wochenende nicht allein.  
Ich muss mit meinen Bedürfnissen und Fantasien umgehen.  
Ich setze mich bewusst einer risikoreichen Situation aus.  
Ich signalisiere Bereitschaft zur Unterstützung und werde wahrscheinlich demnächst öfter zur Betreuung herangezogen.

Erläutern Sie dem Patienten, dass Beobachtungen im Tagebuch zukünftig in folgender Form erfolgen sollen:

- Was ist geschehen? Was war der Auslöser?
- Wie haben Sie die Situation bewertet? Was haben Sie gedacht?
- Was haben Sie gefühlt?
- Wie haben Sie sich dann verhalten?
- Welche Konsequenz hatte ihr Verhalten?

Teilen Sie jeweils ein Arbeitsblatt W 5.1 und 10 Arbeitsblätter HA 5.3 aus. In Zukunft ist der Patient dafür selbst verantwortlich, sich nach jeder Therapiestunde eine ausreichende Anzahl an Arbeitsblättern für die Tagebuchführung mitzunehmen oder sich von den vorhandenen Blättern eine ausreichende Anzahl von Kopien zu erstellen.

## **Modul 6: Sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten**

### *Allgemeine Therapieziele:*

- *Experte für die eigenen sexuellen Fantasien und das sexuelle Verhalten werden.*
- *Wahrnehmungsschulung für die eigenen sexuellen Fantasien und das sexuelle Verhalten*
- *Erarbeitung von Faktoren die das sexuelle Verhalten steuern*
- *Aufspüren der Ressourcen zur Impulskontrolle*
- *Klärung der Frage ob es Mechanismen von Verharmlosung, Leugnung und Rationalisierung in Fantasie und Verhalten gibt*
- *Abbau von Ängsten, über eigene sexuelle Fantasien und sexuelles Verhalten zu berichten*

### **Theoretische und praktische Informationen**

*Die sexuellen Fantasien und das sexuelle Verhalten dienen als wichtige Informationsquelle zur Aufschlüsselung der Sexualstruktur. Das detaillierte Betrachten von sexuellen Fantasien und sexuellem Verhalten kann daher dem Patienten wichtige Informationen über innere Prozesse, Bedürfnisse und Wünsche liefern. Bei der Schilderung der eigenen Sexualität können, insbesondere wenn sie schambesetzt ist, Verharmlosungen, Rechtfertigungen und Rationalisierungen beobachtet werden. Diese können jedoch wiederum Einblick in tiefere Grundüberzeugungen des Patienten über die Welt und sich selbst geben und liefern somit Hinweise auf zugrunde liegende problematische Überzeugungen, welche bei der weiteren Behandlung zu beachten sind.*

*Viele Patienten trauen sich nicht, ihre sexuellen Fantasien zuzulassen, da sie fürchten, sie könnten dann immer wieder auf diese Fantasien zugreifen wollen, die Fantasien könnten sich irgendwie festsetzen und mit der Zeit sogar „schlimmer“ werden, d.h. es könnte zu einer Progression in der Opferokkupation kommen und sie könnten dann letztlich ein Delikt begehen. Patienten berichten immer wieder, sie fürchteten dann ein Sexualverbrecher zu werden, so wie sie ihn aus der Presse kennen würden.*

*Letztlich gilt es hier, die Patienten zu entängstigen und ihnen mitzuteilen, dass das Zulassen der Fantasien letztlich nicht gefährlich ist, sondern ganz im Gegenteil, die Unkenntnis darüber. Man kann nur mit Dingen umgehen lernen, die man kennt. Das Zulassen der eigenen Fantasien führt nicht dazu, dass jemand zum gefährlichen Sadisten oder gar Sexualmörder wird.*

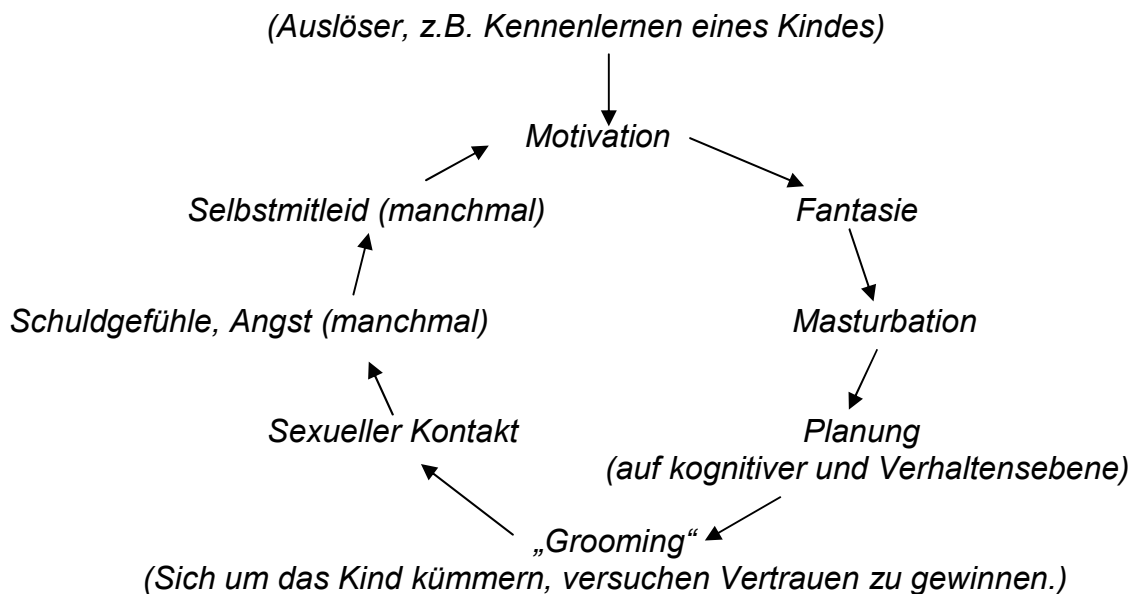
*Sollten bereits ein oder mehrere strafrechtlich relevante pädosexuelle Kontakte erfolgt sein, so geschehen diese meist nach einem individuellen Schema und haben einen Vorlauf von mitunter bis zu mehreren Jahren. Die Kontakte weisen grundsätzlich drei Phasen auf:*



*Die Vorphase kann von den Patienten im Vorfeld wahrgenommen werden. Je differenzierter das Sensorium in der Vorphase entwickelt ist, desto größere Handlungsspielräume ergeben sich für den Betroffenen, strafrechtlich relevantes Sexualverhalten zu verhindern. Ein frühzeitigeres Erkennen der*

*Vorphase vergrößert das Zeitfenster, in welchem der Betroffene handeln kann. Das Ziel der Behandlung ist somit eine Verbesserung der Impulskontrolle mittels besserer Kenntnis der eigenen sexuellen Wünsche und Bedürfnisse.*

*Bei wiederholten sexuellen Kontakten kann ein zyklischer Verlauf beobachtet werden. Die Nachphase kann erneut in die Vorphase münden und damit den Kreis schließen. Beispiel:*



Prinzipien der Exploration von sexuellem Erleben in Fantasien und Verhalten:

- Begleiten Sie den Pat. in seinen Ausführungen
- Meiden Sie Deutungen
- Stellen Sie offene Fragen
- Verdichten Sie das Erleben während der Deliktreakonstruktion indem Sie die Erinnerung von Details fördern (Stimmungen, Farben, andere Personen, Wetter, Temperatur)
- Wiederholen Sie Sätze der Ausführungen mit den Worten des Patienten
- Streben Sie bei den Schilderungen den Präsens an, damit sie besser erlebbar werden
- Versuchen Sie sich selbst in die geschilderte Szene hineinzusetzen
- Beobachten Sie stets die Kontaktdichte zwischen Therapeut und Patient
- Greifen Sie „Erinnerungslücken“ und „Konzentrationsabbrüche“ auf

Berücksichtigen Sie bei der Exploration von sexuellem Erleben in Fantasien und Verhalten folgende 5 Ebenen:

- Ebene des Verhaltens => welche Handlungen
- Ebene der Kognition => Welche Gedanken?
- Ebene der Emotionen => Welche Gefühle?
- Ebene der Körperwahrnehmung => Welche körperlichen Wahrnehmungen?
- Ebene der Sinneswahrnehmung => Welche Sinneseindrücke?  
(optisch, akustisch, olfaktorisch,

gustatorisch, taktil)?

Die Ebenen werden für die Zeit vor, während und nach dem sexuellen Erleben exploriert, um ein genaues Bild zu erreichen, um gegebenenfalls Mechanismen von Leugnung, Verharmlosung und Rechtfertigung zu erkennen und um die Grundlage für einen späteren individuellen Prophylaxeplan zu schaffen.

Folgende Punkte können die Schilderung von sexuellem Erleben in Fantasie und Verhalten erschweren:

- Angst
- Trauer
- Schamgefühle
- Strategische Motive
- Diskrepanz zum eigenen Idealbild
- Geringe Selbstwahrnehmung
- Verdrängung
- Erinnerungslücken

Wenn Sie emotionale Reaktionen wie Wut, Trauer oder Scham beim Patienten wahrnehmen, fragen Sie ihn nach seinen Gefühlen und Gedanken. Falls er angeben sollte, keine sexuellen Fantasien zu haben oder sich an nichts mehr erinnern zu können, könnten Sie beispielsweise das Gespräch folgendermaßen einleiten:

- Berichten Sie von den sexuellen Fantasien als Sie das letzte Mal Selbstbefriedigung gemacht haben...
- An was denken Sie, wenn Sie ein Kind sehen, welches Sie sexuell attraktiv finden, was gefällt Ihnen an dem Kind, was würden Sie gerne mit dem Kind machen...?
- Welche Sexuelle Gedanken oder Fantasien hatten Sie früher? Beginnen Sie einfach damit, an was Sie sich erinnern können...

## **6.1: 15. Sitzung: Einführung**

### **Tagebuch**

- Lassen Sie den Pat. von seinen Erfahrungen mit der Tagebuchführung berichten.
- Welche positiven Erfahrungen und welche Schwierigkeiten gab es?
- Diskutieren Sie die weitere Anwendung der Tagebuchführung (täglich mindestens zwei Eintragungen).

### **Erarbeiten eines allgemeinen Zyklus von sexuellem Erleben in Fantasie und Verhalten (Arbeitsblatt W 6.1)**

Stellen Sie folgende Fragen zur Diskussion:

- Wie kommt ein sexueller Kontakt zu einem anderen Menschen in der Regel zustande? Geschieht das plötzlich, oder passiert davor oder danach noch etwas?
- Erarbeiten sie mit dem Pat. die drei Phasen eines sexuellen Kontaktes mit einem anderen Menschen sowie die Teile des Kontaktzyklus bei wiederholtem sexuellem Kontakt (s. theoretische Grundlagen).

- Leiten Sie nun zum Transfer über, dass sexuelle Kontakte zu Kindern nach identischen Mustern erfolgen. Stellen Sie sicher, dass der Pat. versteht, dass es eine Vorphase gibt und dass sexuelle Kontakte nicht „aus heiterem Himmel“ oder „einfach so“ geschehen.

### **Warum Experte für die eigene Sexualität werden?**

Stellen Sie folgende Frage zur Diskussion:

- Warum könnte es sinnvoll sein, das eigene Sexualverhalten und seine sexuelle Fantasien gut zu kennen?

Folgende Aspekte sollten bewusst werden:

- „Experte“ für die eigenen Fantasien bzw. für eigenes Sexualverhalten zu werden schützt vor Überraschungen und baut Angst ab, da man keine Angst mehr vor sich selber haben muss
- Wissen heißt Kompetenzgewinn
- Kennen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse erhöht die eigene Steuerungsfähigkeit: Ich kann nur das beeinflussen, was ich auch kenne.

Stellen Sie folgende Fragen zur Diskussion:

- Was ist wichtig, um die eigenen sexuellen Fantasien bzw. das eigene sexuelle Verhalten genau zu kennen?

Erarbeiten Sie die fünf Ebenen (Verhalten, Kognition, Emotionen, Körperwahrnehmung, Sinneswahrnehmung).

### **Hausaufgabenbesprechung HA 6.1**

Bitten Sie den Patienten für die nächste Sitzung eine Beschreibung über einen bereits stattgefunden (sexuellen) Kontakt zu einem Kind anzufertigen (natürlich nur soweit dieser tatsächlich erfolgte). Sollte ein solcher bisher nicht erfolgt sein, wird der Patient gebeten, eine für ihn besonders erregende sexuelle Handlung aus seiner Fantasie zu beschreiben

### **6.2-6.4: 16. - 18. Sitzung: Sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten**

***Hinweise:** Machen Sie sich ihre eigenen Schwierigkeiten und Vorurteile hinsichtlich der geschilderten Fantasien bzw. sexuellen Handlungen bewusst. Falls der Patient seitens des Therapeuten den Eindruck vermittelt bekommt, seine sexuellen Handlungen seien zu abscheulich, um vorgetragen zu werden, kann die Situation dazu führen, dass das negative Selbstbild des Pat. verstärkt wird und es dann möglicherweise zu Enttäuschungen kommen kann, was wiederum therapeutische Erfolge gefährden könnte. Auf der anderen Seite kann der Patient auch den Eindruck bekommen, dass der Therapeut mit seinen Verharmlosungen und Leugnungen konspiriert und er sich somit noch weiter hinter seinen verzerrten Ansichten verschanzt.*

*Die Exploration nach der Schilderung des Patientenberichtes dient dazu, zusätzliche Details zu eruieren und eventuelle Missverständnisse auszuräumen. Denken Sie daran, dass die Exploration nicht der Versuch eines „heißen Stuhls“ ist (auch wenn sich der Patient so fühlen kann). Sie haben hier „lediglich“ die Aufgabe den Patienten in seinen Fantasien zu begleiten und ihm bei der Orientierung zu helfen.*

### **Bericht (laut Hausaufgabe)**

Lassen Sie den Patienten ca. 10 Minuten von seinem sexuellen Erleben in Fantasie und Verhalten berichten, ohne dass Sie ihn unterbrechen, abgesehen von wesentlichen Verständnisfragen.

### **Exploration**

Bitten Sie den Pat. daraufhin um Erlaubnis mit Ihnen (nach den eingangs genannten Prinzipien der Exploration und unter Berücksichtigung der 5 Ebenen) das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten nochmals gemeinsam durchzugehen, um es gegebenenfalls zu ergänzen.

### **Rückmeldung**

Fragen Sie den Pat., wie er sich nach der Exploration fühlt, was möglicherweise für ihn neu war, was er gelernt hat und wie ihm dies weiterhelfen könnte.

Erfahrungsgemäß entsteht aus dieser Arbeit ein großes Bedürfnis nach Diskussion, so dass zwei Sitzungen für die Bearbeitung des Themenfeldes geplant werden.

## **Modul 7: Opferempathie**

### **Ziele**

- *Förderung der Fähigkeiten andere Menschen wahrzunehmen, zu verstehen und sich in ihre Lage zu versetzen*
- *Anwendung dieser Fähigkeit auf eigene fantasierte bzw. tatsächliche sexuelle Kontakte mit Kindern*

### **Theoretische und praktische Informationen**

*Die Mehrzahl der Behandlungsprogramme für bereits verurteilte Sexualstraftäter beinhaltet ein Modul zu Opferempathie. Eine höhere Impulskontrolle und ein niedrigeres Aggressionsniveau werden in Zusammenhang mit einem höheren Maß an Opferempathie vermutet. Eine Verbesserung der Empathie bei Patienten, welche bisher keine sexuellen Kontakte zu Kindern hatten, könnte daher ebenfalls, zu einer verbesserten Impulskontrolle und somit zu einem Ausbau von „inneren Schranken“ führen.*

*Es gibt wissenschaftliche Hinweise, dass Sexualstraftäter und insbesondere pädophile Täter im Allgemeinen ausreichend Einfühlungsvermögen für Opfer sexueller Delikte anderer Täter aufweisen, jedoch dieses gerade für die eigenen Opfer fehlt. In diesem Modul sollen die Patienten erfahren, welche Gefühle, Gedanken und Empfindungen möglicherweise eigene Opfer erleiden könnten, wenn die eigenen sexuellen Fantasien umgesetzt werden bzw. bei bereits erfolgten sexuellen Übergriffen erlitten haben.*

*Empathie kann definiert werden als die Fähigkeit die Gefühle von Anderen wahrzunehmen, diese Gefühle zu verstehen, sich vorzustellen, wie es sich anfühlt diese Gefühle zu erleben und schließlich die Fähigkeit, Sorge um und Achtung vor dem Einzelnen zu zeigen. Im Allgemeinen wird Empathie als ein Verhalten angesehen, welches im soziokulturellen Kontext erlernt wird.*



*Empathie kann durch Faktoren wie kognitive Verzerrungen, Zustände mit negativen Emotionen und sexueller Erregung beeinträchtigt werden.*

## 7.1 19. Sitzung: Was ist Empathie?

Beispiel zur Verdeutlichung von Empathie:

Bringen Sie einleitend folgendes Beispiel oder ein anderes ähnliches Beispiel an:

Berichten Sie von einem Kind, das von einem Fahrrad fällt. Nehmen Sie sich Zeit dieses Szenario detailliert zu schildern (z.B. „Es ist ein sonniger und milder Sonntagnachmittag, Sie sitzen mit jemandem, den sie gerne mögen auf dem Balkon, Kinder spielen, plötzlich sehen sie wie ein etwa sechsjähriges Kind vor ihrem Haus vom Fahrrad fällt, sich Hände und Knie blutig stößt und anfängt zu weinen etc.“)

Fragen Sie den Pat. nach seiner Reaktion darauf, was er tun würde und warum er dies tun würde. Typischerweise berichten die Patienten, dass sie zu dem Kind hingehen, beim Aufstehen helfen, es abputzen, die Tränen trocknen würden, etc..

Verdeutlichen Sie dem Patienten, dass seine Reaktionen – vorausgesetzt er reagiert in irgendeiner Form von Empathie – eben genau auf Empathie beruhen.

### **Merkmale von Empathie**

Stellen Sie dem Pat. folgende Frage:

„Was sind Ihrer Meinung nach Merkmale von Empathie bzw. Einfühlungsvermögen?“

Lassen Sie dem Pat. für einige Minuten Zeit zum Nachdenken und lassen Sie ihn dann eine Liste mit den Merkmalen von Empathie erstellen. Erarbeiten Sie ggf. mit ihm gemeinsam die folgenden wichtigen Merkmale von Empathie:

- Dinge von einer anderen Perspektive betrachten können
- Sich in jemanden hinversetzen können und verstehen können, wie der andere denkt und fühlt
- Verstehen können, wie das eigene Verhalten Auswirkungen auf andere Menschen haben kann

### **Bedeutung von Empathie für die Therapie**

Stellen Sie dem Pat. folgende Frage: „Warum könnte es Ihrer Meinung nach wichtig sein in diesem Behandlungsprogramm Empathie zu thematisieren?“

Erarbeiten Sie die folgenden beiden Punkte:

- Wenn ich nachvollziehen kann, wie ein Kind fühlt und denkt, dann kann ich besser dafür sorgen, einem Kind nichts anzutun, was es nicht möchte.
- Empathie ist eine wichtige Fertigkeit die Qualität von Beziehungen zu anderen Menschen allgemein verbessern zu können.

## **Erster Bericht eines Missbrauchsofners AB 7.1 Seite 1-2**

Teilen Sie das Arbeitsblatt mit den Berichten der Missbrauchsofner aus und lassen Sie es den Pat. lesen. Bitten Sie ihn anschließend, seine Gefühle und Gedanken mitzuteilen.

- Wie wird sich das Opfer kurz nach dem Missbrauch fühlen?
- Was sind die kurzfristigen Folgen?
- Wie wird sich das Opfer nach längerer Zeit (Wochen, Monate, Jahre) nach dem Missbrauch fühlen?
- Was sind die langfristigen Folgen?
- Gibt es Unterschiede zwischen kurz- und langfristigen Folgen?
- Kann sich der Pat. in dem Bericht wieder finden? Als Opfer oder als Täter?

Im Rahmen des weiteren Gesprächs sind Verweise zwischen sexuellem Missbrauchsverhalten und mangelnder Empathie erforderlich. Weitere Diskussionen können auf hypothetische „was wäre wenn...“ Missbrauchsszenarien abzielen, wobei dann zu diskutieren ist, wie Empathie das Missbrauchsverhalten beeinflusst hätte und zukünftig beeinflussen könnte.

**Zweiter Bericht eines Missbrauchsofners AB 7.1 Seite 3-4** (wenn ausreichend Zeit vorhanden, ansonsten als Hausaufgabe)  
Hausaufgabe: AB 7.1 Seite 3-4 und HA 7.1

## **7.2: 20. Sitzung: Rollenspiel**

Das sexuelle Erleben in Fantasie und Verhalten ist aus dem vorangegangenen Modul bekannt. Jetzt geht es darum, dass der Patient seine fantasierten oder tatsächlichen sexuellen Kontaktsituationen mit Kindern nachspielt.

Ziel der Rollenspiele ist es, die Empathie für das eigene Opfer zu erhöhen. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass gerade die Empathie für das eigene Opfer fehlt, jedoch oftmals für andere Opfer vorhanden ist.

Überlegen Sie bereits vor diesen beiden Therapiesitzungen auf Grundlage der vorliegenden Patientenberichte über sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten aus Modul 6, von welchen individuellen Rollenspielsituationen der Patient am besten profitieren könnte. Vereinbaren Sie jedoch letztlich gemeinsam mit dem Patienten, welche Situation er nachspielen möchte.

**WICHTIG:** Bei der Selbstbefriedigung sind selbstverständlich alle sexuellen Fantasien weiterhin erlaubt. Hier sollen die Patienten jedoch erfahren, wie es einem Kind in Wirklichkeit gehen könnte, wenn die Fantasien umgesetzt werden, damit die Fantasien letztlich eben nicht umgesetzt werden. Dieser Aspekt ist dem Patienten unbedingt zu vermitteln.

## Bedeutung von Rollenspielen und Thematisierung von Ängsten

Erklären Sie dem Pat., dass es in den kommenden Rollenspielen darum gehen wird, sexuelle Kontaktsituationen (in der Fantasie und im realen Verhalten) aus der Sicht des Kindes zu betrachten. Drücken Sie ihr Verständnis dafür aus, dass dies für den Pat. teilweise belastend und schwierig sein kann.

Besprechen und reflektieren Sie mit dem Pat. seine Sorgen bzw. Ängste hinsichtlich dieser Art von Rollenspielen.

## Rollenspieldurchführung

Planen Sie etwa 20 Minuten Zeit ein. Der Patient spielt entweder ein Kind seiner sexuellen Fantasie oder, falls geschehen, ein Kind, mit dem es bereits zu einem sexuellen Kontakt gekommen ist. Es sollte mindestens ein Rollenspiel durchgeführt werden. Im Vorfeld haben Sie sich bereits für den Patienten die am besten geeignete Rollenspielsituation überlegt und notiert. Klären Sie mit dem Patienten, ob er mit diesem Vorschlag einverstanden ist.

Der Pat. nimmt dann im Rollenspiel beide Rollen im Wechsel ein: Es ist dabei peinlich genau darauf zu achten, dass der Pat. die den Rollen zugewiesenen Plätze wechselt. Das Kind steht oder sitzt an einem Platz, der Erwachsene an einem anderen. Um eine Konfusion zu vermeiden ist es wichtig, jederzeit für Klarheit in der Rollenzuweisung zu sorgen. Die Patienten neigen mitunter dazu, die Positionen zu vermischen und ggf. auch eine dritte, die Situation reflektierende Rolle einzunehmen. Dies sollte nicht geschehen.

Leiten Sie nötigenfalls die Rollenwechsel an und stellen Sie ggf. auch Fragen nach der aktuellen Befindlichkeit in der jeweiligen Rolle. Durch klare Handlungsanweisungen oder durch Spiegelungen bspw. einer emotionalen Äußerung etc. können Sie dem Patienten helfen, die jeweilige Rolle besser zu verstehen.

- Ebene der Kognition       => Was denken Sie?
- Ebene der Emotionen     => Was fühlen Sie?
- Ebene des Verhaltens     => Welche Handlungsimpulse haben Sie?  
(z.B. zuschlagen, weinen, wegrennen, sich übergeben...) Was tun Sie tatsächlich? Gehen Sie Ihren Impulsen nach oder halten Sie still und machen mit?
- Ebene der Körperwahrnehmung     => Welche körperlichen Wahrnehmungen haben Sie? (z.B. Schweiß, Verspannung, Übelkeit, Kloß im Hals...)
- Ebene der Sinneswahrnehmung     => Welche Sinneseindrücke (optisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch, taktil)?

Beispiel: Was erleben Sie, wenn der Mann Sie betrachtet ..., wenn er Sie berührt..., wenn er sich auszieht,....wenn er den Porno einschaltet,....usw.

**Hinweise:** Die meisten Patienten werden die Situation, in welcher sie die Rolle des Opferkindes annehmen, eher als unangenehm erleben. Sollte ein Teilnehmer jedoch äußern, er fühle sich in der Rolle des Kindes wohl, so ist genau zu explorieren, warum er sich wohl fühlt, welche Gedanken und Gefühle

dazu führen. Hinterfragen Sie dann, ob ein Kind tatsächlich so denken oder fühlen würde.

### **Besprechung der Hausaufgabe (HA 7.2) „Brief an mein(e) (potentiellen) Opfer“**

- Der Patient wird gebeten, die Kriterien vorzutragen, welche aus seiner Sicht erfüllt sein sollten, wenn sich jemand bei Ihm für etwas entschuldigt (HA 7.1). Geben Sie ggf. Anregungen zur Ergänzung.
- Die Hausaufgabe des Pat. ist es nun, einen Brief an ein Kind zu verfassen, mit welchem er bereits einen sexuellen Kontakt hatte. Dabei ist es erst einmal gleichgültig, an welches Kind er schreibt (erstes, letztes, häufigstes, ...). Patienten, welche bisher keinerlei sexuellen Kontakt zu Kindern hatten, werden gebeten einen Brief an ein Kind zu schreiben, welches in ihren sexuellen Fantasien vorkommt. Sie sollten sich dabei vorstellen, wie es dem Kind ergehen würde, wenn Sie ihre Fantasien in die Tat umsetzen würden.

Besprechen Sie mit dem Pat. folgende Frage:

„Welche Kriterien sollte der Brief an das Kind erfüllen?“

Ergänzen Sie die Antworten gegebenenfalls mit den untenstehenden Beispielen:

- sich entschuldigen
- Verantwortung für eigene Handlungen übernehmen
- eigenes Verhalten als unpassend anerkennen
- Schmerzen, Leiden und Schaden anerkennen
- Keine Rechtfertigungen verwenden
- Sich nicht selbst bemitleiden

### **7.3: 21. Sitzung: Brief an das Opfer**

#### **Besprechen des Briefes**

Der Pat. wird gebeten, seinen Brief vorzulesen. Alternativ besteht die Möglichkeit den Brief vom Therapeuten lesen zu lassen, damit der Pat. seine eigenen geschriebenen Sätze von jemandem anderen zu hören bekommen kann. Zuerst bekommt der Pat. Gelegenheit mitzuteilen, wie er sich gerade fühlt und was er denkt.

Die folgenden beiden Punkte sollten in der Nachbearbeitung herausgearbeitet werden:

- Verantwortung für das eigenen Verhalten: Wird in dem Brief volle Verantwortung für das eigene Verhalten übernommen? Oder versucht der Brief die Situation zu rechtfertigen, zu entschuldigen oder zu „reparieren“? Oder wird das Kind gar zur Verantwortung für die Situation herangezogen?
- Empathie für das Kind: Zeigt der Brief die Fähigkeit des Patienten sich vorzustellen, wie das Opfer gefühlt und gedacht haben mag? Vor und nach dem fantasierten oder dem real erlebten sexuellen Kontakt?

### Hausaufgabenbesprechung: **Brief an mich von meinem Opfer**

Besprechen Sie am Ende der Sitzung die Hausaufgabe. Stellen Sie dem Pat. folgende Frage: „Welche Merkmale könnte ein Brief aufweisen, den ein Opfer an Sie verfasst? Was wird das Opfer berichten?“

Geben Sie anschließend das Arbeitsblatt für die Hausaufgabe aus (HA 7.3).

#### **7.4: 22. Sitzung: Brief vom Opfer**

Mit dem „Brief an mich von meinem Opfer“ wird grundsätzlich so verfahren wie zuvor. Veranlassen Sie den Pat., seinen Brief vorzulesen. Beachten Sie bei der anschließenden Besprechung, dass folgende Punkte angesprochen werden:

- Spiegelt der Brief Verständnis für die Folgen für das Opfer wieder?
- Kann sich der Täter die Gefühle des Opfers vorstellen?
- Ist der Brief realistisch oder „an den Haaren herbeigezogen“?

Der Brief sollte Wut und Verletztheit ausdrücken und davon berichten, wie die Mißbrauchserfahrung die Opfer negativ verändert haben. Es können auch Signale der Heilung vorhanden sein und die Hoffnung der Täter möge von einer Behandlung profitieren. Beachten Sie jedoch, dass der Pat. dazu tendieren könnte, sich im Verlauf des Briefes zunehmend positiv darzustellen, weil dieses ihm hilft sich besser gegenüber dem Opfer zu fühlen. Während einige Opfer tatsächlich auch positive Veränderungen bei ihrem früheren Aggressor beschreiben, so sollte jedoch der Ausdruck von negativen Gefühlen und Einflüssen immer überwiegen.

Hausaufgabenbesprechung für die nächste Sitzung:

Erläutern Sie dem Patienten die Bedeutung den eigenen Lebenslauf zu formulieren. Der Lebenslauf sollte sich inhaltlich an den vorgegebenen Punkten orientieren (HA 7.4)

## **Modul 8: Lebenslauf**

### **8.1: 23. Sitzung: Lebenslauf**

Besprechen Sie zu Beginn der Sitzung die aktuellen Tagebuchaufzeichnungen, sofern beim Pat. ein Bedarf besteht und leiten Sie dann über zum Thema der heutigen Stunde.

Bitten Sie den Pat., sich für einen Moment zu entspannen und sich zurück zu erinnern, wie er über seinen Lebenslauf zu Beginn der Therapie gesprochen hat. Gibt es neue Erinnerungen, die damals nicht präsent gewesen sind? Hat sich in der Einschätzung von einzelnen Lebenssituationen etwas verändert? Etc.

Bearbeiten Sie anschließend folgende zentrale Themen mit dem Pat.:

- **Partnerschaftskonzept**
  - Was für ein Bild von Partnerschaft haben Sie im Verlauf Ihres Lebens entwickelt?

- Welche Rolle spielt dabei die Partnerschaft Ihrer Eltern als Vorbild?
- Wie haben Ihre Erfahrungen in der Jugend und Pubertät dieses Bild beeinflusst?
- Was bedeutet Partnerschaft für Sie heute? Warum hat man sie?
  
- **Art der Beziehungsgestaltung**
  - Warum haben Sie Beziehungen?
  - Was haben Sie in Ihrem Leben darüber gelernt, wie man Beziehungen zu anderen Menschen gestaltet?
  - Gibt es Ihrer Meinung nach Muster, nach denen Sie Kontakte zu Menschen knüpfen?
  - Was müssen Sie Ihrer Meinung nach machen, um in Kontakt zu kommen, sympathisch zu sein?
  - Wie gehen Sie typischerweise mit Kritik um? - Wie gehen Sie typischerweise mit Anerkennung um? – Wie erleben Sie das?
  - Wie setzen Sie sich durch?
  - Wie gestalten Sie Konflikte?
  
- **Sexualitätskonzept**
  - Warum haben Sie/Menschen überhaupt Sex?
  - Wo ist der Unterschied zwischen Selbstbefriedigung und Sex mit einem anderen Menschen?
  - Wo ist für Sie ggf. der Unterschied zwischen Sex mit einem Erwachsenen und Sex mit einem Kind?
  - Wie ist ihre sexuelle Orientierung? Seit wann sind Sie so orientiert?
  
- **Intimitätskonzept**
  - Welche Schlüsse ziehen Sie aus Ihrem Leben im Hinblick auf Vertrauen gegenüber anderen?
  - Wo fanden Sie Anerkennung, Nähe, Geborgenheit?
  - Wie erleben Sie Zärtlichkeiten und Umarmungen? Was bedeutete es Ihnen, darauf verzichten zu müssen?
  - Wie reagieren Sie, wenn jemand Ihre Nähe sucht? Können Sie sich das aus Ihrem Leben und bisherigen Kontakten erklären?

Stellen Sie dem Patienten abschließend zwei Fragen:

- Welches Verhalten würden Sie abschließend gerne verändern, weil Sie im Verlauf Ihres Lebens wiederholt erfahren haben, dass es Ihnen **Probleme** bereitet?
- Welches Verhalten möchten Sie gerne unverändert lassen. Was sind Ihre **Stärken**?

Geben Sie dem Patienten zur Bearbeitung als Hausaufgabe den Arbeitsbogen HA 8.1 mit. Dieser gibt ihm Gelegenheit, sich Notizen zu den für ihn bedeutsamsten Aspekten der letzten Stunde zu machen und neue Erkenntnisse zu bündeln. Darauf aufbauend sollen bestehende Problembereiche klar benannt werden, um im weiteren Therapieverlauf Lösungswege erarbeiten zu können

**Hinweise:**

- Die Fragen sind als Orientierungshilfen gedacht!
- Auch wenn Sie als Therapeut lebensgeschichtliche Zusammenhänge erfasst haben, sollte der Patient mittels stützender Fragen die Zusammenhänge selbst erarbeiten (Fragen statt Sagen).

**Modul 9: Problembewältigung****9.1: 24. Sitzung: Bewältigungsstrategien I****Ziele**

- Unterscheidung von positiven und negativen Bewältigungsstrategien
- Vorteile positiver Bewältigungsstrategien kennen
- Verbesserung der Fähigkeit positive Bewältigungsstrategien anzuwenden

**Theoretische und praktische Informationen**

Es gibt drei grundlegende Arten von Bewältigungsstrategien:

- **Aufgabenorientierte oder problemfokussierte Bewältigung:** Dies beinhaltet Verhaltenstrategien, die das Problem angehen oder lösen und kognitive Strategien, die entweder eine neue Betrachtungsweise des Problems ermöglichen oder die Folgen des Problems vermindern.
- **Gefühlsorientierte Strategie:** Diese beinhaltet eine emotionale Antwort auf das Problem: Vertieft sein in sich selbst, Grübeln, sich Dinge herbei oder weg fantasieren, wütend werden, andere Leute beschuldigen, sich über die Situation beunruhigt zeigen.
- **Vermeidung:** Dies beinhaltet die Verwendung von Strategien, das Problem zu vermeiden indem andere Aktivitäten aufgenommen werden (Zerstreuung) oder andere Menschen aufgesucht werden (soziale Ablenkung)

Das erstgenannte Bewältigungsmuster ist als positiv zu bewerten weil wirksam, während die anderen beiden Bewältigungsmuster dazu neigen uneffektiv zu sein und die Wahrscheinlichkeit von Depressionen und Angststörungen erhöhen. Die beiden letztgenannten haben zur Folge, sich meist unvermittelt besser zu fühlen, sie führen jedoch nicht zu einer Lösung und können das Problem sogar noch vergrößern.

**Tagebuchführung:** Besprechen Sie zu Beginn der Sitzung mit dem Pat. seine Tagebuchaufzeichnungen und leiten Sie dann zum Thema der Sitzung über:

**Beispiel: Haus**

Erläutern Sie dem Patienten, dass aus der Bearbeitung des Lebenslaufes ersichtlich wurde, dass es im Leben immer wieder Probleme gibt, welche bewältigt werden müssen. Die hierfür verwendeten Strategien werden

Bewältigungsstrategien genannt. Verwenden Sie zur Verdeutlichung von Bewältigungsstrategien das Bild eines Hauses. Teilen Sie dazu das Arbeitsblatt W 9.1 aus.

- Allgemeine Voraussetzungen, um Probleme zu bewältigen => Fundament
- Was passiert, wenn positive Bewältigungsstrategien fehlen? => Was passiert mit dem Haus, wenn ein Sturm tobt?
- Lebenslauf => Zugang zum Fundament
- Entwicklung neuer Fähigkeiten => Haussanierung (nicht nur neuer Anstrich)
- Für sich Sorge tragen => regelmäßige Pflege des Hauses

### **Was sind Bewältigungsstrategien?**

Stellen Sie dem Pat. folgende Frage: „Nachdem Sie nun das Beispiel des Hauses gehört haben, wie würden Sie Bewältigungsstrategien beschreiben bzw. definieren?“

Erarbeiten Sie folgende Definition:

**Bewältigungsstrategien** sind Gedanken (Kognitionen) und Verhaltensweisen, welche benutzt werden, um bestimmte äußere oder innere Bedürfnisse zu handhaben, welche als unangenehm, stressig oder sogar als die eigenen Fähigkeiten übersteigend empfunden werden können.

### **Definition für positive Bewältigungsstrategien**

Erläutern Sie, dass jeder Mensch ganz unterschiedliche Strategien verfolgt mit Problemen umzugehen. Es gibt hierbei Strategien die eher zweckmäßig, d.h. positiv sind und es gibt Strategien die unzweckmäßig sind oder ein Problem gar vergrößern können. Stellen Sie dem Pat. folgende Frage: „Wie würden Sie **positive** Bewältigungsstrategien definieren/allgemein beschreiben?“

Erarbeiten Sie folgende Definition: **Positive Bewältigung** bedeutet, ein Problem in der Weise anzugehen, dass man sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft davon profitiert.

### **Beispiele für positive Bewältigungsstrategien**

Sammeln Sie Beispiele für positive Bewältigungsstrategien, z.B.:

- Mit einer anderen Person über das Problem sprechen
- Positive Selbstinstruktionen (innere Gespräche mit sich selbst)
- Eine Situation oder sich selbst akzeptieren
- Eigene Bedürfnisse und Wünsche erkennen und äußern
- Fehlerhafte Wahrnehmung erkennen und verhindern

### **Definition für negative Bewältigungsstrategien**

Erarbeiten Sie folgende Definition: **Negative Bewältigungsstrategien** führen dazu, dass man sich zwar kurzfristig besser fühlt, sich jedoch mittel- und langfristig grundsätzlich schadet. Strategien, welche das Problem nicht wirksam angehen können es sogar noch vergrößern.



### **Beispiele für negative Bewältigungsstrategien**

Sammeln Sie Beispiele für negative Bewältigungsstrategien, z.B.:

- Vermeiden
- Etwas aufschieben
- Jemanden körperlich verletzen
- Drogenmissbrauch
- Einen Koller kriegen / Rumschimpfen
- Vorgeben, alles sei in Ordnung
- Sich mit etwas anderem ablenken

### **Drei grundlegende Bewältigungsstrategien**

Erläutern Sie dem Pat., dass es grundsätzlich drei verschiedene Bewältigungsstrategien gibt. Denken Sie sich hierzu ein Problem oder eine Konfliktsituation aus und lassen Sie den Pat. beschreiben, was die Anwendung der verschiedenen Strategien jeweils für Folgen haben könnte.

***Hinweis:** Es ist wichtig, dass der Pat. während der gesamten Behandlung wiederholt an seine positiven Strategien erinnert wird. Verstärken Sie gleichzeitig positive Bewältigungsstrategien, indem Sie darauf hinweisen, wie viel besser er sich damit fühlt. Der Pat. wird nicht unbedingt bemerken, wann er gerade die richtigen Strategien verwendet und es kann erforderlich sein, ihn darauf aufmerksam zu machen. Dies erhöht dann die Wahrscheinlichkeit, dass diese Strategien auch tatsächlich eingeübt werden.*

### **Hausaufgabe**

Teilen Sie das Arbeitsblatt HA 9.1 aus und erläutern Sie die Aufgaben bis zur nächsten Sitzung.

## **9.2: 25. Sitzung: Bewältigungsstrategien II**

Tagebuchbesprechung

### **Rekapitulation der 3 Bewältigungsstrategien**

Lassen Sie den Pat. die drei grundlegenden Bewältigungsstrategien rekapitulieren und zusammenfassen.

### **Hausaufgabenbearbeitung**

Verwenden Sie die verbleibende Zeit darauf die Hausaufgaben zu besprechen.

- Achten Sie darauf, dass der Pat. nach Möglichkeit mehrere Beispiele berichtet, und wie er mit dem Problem umgegangen ist (positive als auch negative Bewältigungsstrategien). Lassen Sie sich die dazugehörigen Gedanken und Gefühle berichten.
- Lassen Sie den Pat. die verwendete Bewältigungsstrategie jeweils zu den drei grundlegenden Strategien zuordnen. Handelt es sich hier eher um eine negative oder positive Strategie?
- Fragen Sie anschließend den Patienten, was wohl geschehen wäre, wenn die beiden anderen Strategien gewählt worden wären. Lassen Sie Vor- und Nachteile und ebenso die dazugehörigen Gedanken und Gefühle, die damit verbunden wären, benennen.

- Verstärken Sie positive Strategien. Die Diskussion soll motivierend wirken und dem Pat. etwas bedeuten, sonst wird er eher nicht bereit sein, Veränderungen zu unternehmen.

Händigen Sie dem Patienten als Vorbereitung auf das nächste Modul HA 10.1 und HA 10.2 zur Bearbeitung als Hausaufgabe aus und besprechen Sie die Aufgabenstellung mit dem Patienten.

## **Modul 10 Soziale Beziehungen I-IV**

### **Ziele**

- *Identifikation wichtiger sozialer Interaktionspartner und Klärung emotionaler Verhältnisse*
- *Kenntnisse typischer sozialer Interaktionsformen*
- *Identifikation eigener Problembereiche in sozialen Interaktionen*

### **Theoretische und praktische Informationen**

*Bereits in den im Rahmen des Projekts PPD durchgeführten klinischen Interviews bestätigte sich die Vermutung, dass viele Patienten sozial eher isoliert leben bzw. teilweise keine engeren Bekannten, Freunde oder Familienangehörigen benennen konnten, zu denen regelmäßiger und intensiver Kontakt besteht. Viele gaben an, sich vor unangenehmen Fragen bezüglich Partnerschaft oder Sexualität durch Vermeidung sozialer Kontakte schützen zu wollen. Ziel dieses Moduls ist es daher, die soziale Kompetenz der Patienten zu verbessern und die soziale Isolation überwinden zu helfen, um so letztlich über eine psychische Stabilisierung auch die sexuelle Impulskontrolle zu erhöhen.*

### **10.1 26. Sitzung: Emotionen und soziale Interaktion**

Bitten Sie den Patienten kurz seine aktuelle Befindlichkeit mitzuteilen (Gefühl, Gedanken, Erwartungen...)

Gehen Sie im Anschluss kurz auf die Tagebuchführung der letzten Woche ein und klären Sie ggf. offene Fragen.

Bitten Sie den Patienten, mit Hilfe der Hausaufgabe HA 10.1 einen Überblick über seine aktuellen sozialen Beziehungen zu geben.

### **Emotionale Verhältnisse in Beziehungen**

Bitten Sie den Patienten, die gefundenen Antworten auf HA10.2 vorzutragen:

- Von welchen Menschen erfuhren Sie in Ihrem Leben Anerkennung, Akzeptanz und Geborgenheit?
- Von welchen Menschen erfuhren Sie dagegen Ablehnung und Zurückweisung?
- Wie ist das aktuell?

- Wie sieht Ihre persönliche Rangreihe von Beziehungen aus? Lassen Sie den Pat. anhand von HA 10.2 darstellen, welche Qualitäten von Beziehungen er in seinem aktuellen und früheren Leben kennt.
- Halten Sie für den Patienten seinen aktuell angenehmsten und seinen aktuell am meisten mit Problemen beladenen Kontakt in einer Übersicht fest.

### → **Problemsituationen**

Bitten Sie den Patienten, sich den Arbeitsbogen HA 8.1 zur Nachbereitung des Lebenslaufes vorzunehmen:

Frage an Patienten **ohne Partner**:

„Welche Situationen kehrten in Ihren privaten Beziehungen zu erwachsenen Freunden immer wieder und belasteten Sie und Ihre Freundschaft(en) in höherem Maße?“

Frage an Patienten **mit Partner**:

„Welche Situationen kehrten in Ihren Beziehungen zu erwachsenen Partnern immer wieder und belasteten Sie und Ihre Partnerschaft(en) in höherem Maße?“

Notieren Sie die Antworten ggf. und stellen Sie dem Patienten schließlich noch folgende Frage: „Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß wie angenehm bzw. unangenehm sie eine Beziehung erleben und den Schwierigkeiten, denen Sie in diesen Beziehungen begegnen?“

### → **Typische soziale Interaktionen**

Händigen Sie den Arbeitsbogen AB 10.1 aus und fordern Sie den Patienten auf, sich die verschiedenen sozialen Interaktionsbereiche durchzulesen.

Anschließend soll er die einzelnen Situationen den sozialen Situationen des Arbeitsbogens HA 8.1 zuordnen.

Teilen Sie dann den Arbeitsbogen AB10.2 aus.

Bitten Sie den Patienten jede aufgeführte soziale Situation folgendermaßen zu bewerten:

- Wie sehr stellt diese Situation ein Problem für Sie dar?
- Wie sehr stellt diese Situation eine Stärke von Ihnen dar?

Zur Bewertung stehen dem Patienten die Spalten bzw. Linien hinter dem jeweiligen Bereich zur Verfügung:

- 0: gar kein Problem bzw. gar keine Stärke
- 1: kaum ein Problem bzw. kaum eine Stärke
- 2: eher ein Problem bzw. eher eine Stärke
- 3: ein starkes Problem bzw. meine Stärke

Bitten Sie den Patienten, zu Hause für sich schriftlich zu klären:

- ... welche Probleme gehäuft in welchen Beziehungen auftreten.
- ... welcher Problembereich in welcher sozialen Beziehung nicht vertreten ist.

## 10.2: 27. Sitzung: Verhaltensanalyse

### Tagebuchführung

#### Hausaufgabenbesprechung

Bitten Sie den Patienten mitzuteilen:

- ... welche Probleme gehäuft in welchen Beziehungen auftreten.
- ... welcher Problembereich in welcher sozialen Beziehung nicht vertreten ist.

### 2.1 Verhaltensanalyse

- Knüpfen Sie unmittelbar an die Hausaufgabenbesprechung an. Bitten Sie den Patienten, für sich zu entscheiden, welches Problem in welcher sozialen Beziehung er gerne verändern würde und wo er für sich mehr Klarheit und Kompetenz entwickeln möchte.
- Bitten Sie den Patienten, sich an eine typische konkrete Situation mit einer konkreten Bezugsperson zu erinnern, in der das Problem aufgetreten ist. Hilfreich ist dabei, wenn die Situation möglichst zeitnah aufgetreten ist.
- Teilen Sie AB 10.3 aus.
- Erklären Sie, dass die Fragen des Arbeitsbogens hilfreich sind, ein besseres Verständnis für das eigene Erleben und Verhalten in einer typischen aber konkreten sozialen Situation zu erlangen.
- Halten Sie den Pat. dazu an, seine konkrete Situation anhand der Fragen des Arbeitsbogens genauer zu beleuchten: ... was genau passiert, warum treten welche Gefühle auf, wieso verhält er sich, wie er sich verhält, wo könnte etwas verändert werden?

Wählen Sie eine konkrete Beispielsituation des Patienten aus und erarbeiten Sie exemplarisch folgende Fragen und sammeln Sie die Antworten des Patienten analog zum Schema des Arbeitsbogens AB 10.3.

Beschreiben Sie die Situation genau:

- Wo war das, wer war beteiligt? (= S)
- Was haben Sie gemacht? (= R<sub>b</sub>)
- Was ging Ihnen durch den Kopf, in dieser Situation? Formulieren Sie die Gedanken so, als würden Sie mit sich sprechen. (= R<sub>c</sub>)
- Welche Körperempfindungen hatten Sie dabei? (= R<sub>s</sub>)
- Welche Gefühle haben Sie wahrnehmen können? (= R<sub>a</sub>)
- Welches Bild beschreibt die Situation und was Sie in ihr erlebt haben gut, z.B. wie im Schneckenhaus, wie in Dornen gewickelt, wie eingefroren...? (= R<sub>i</sub>)
- Reagieren Sie immer so, wenn Situation S oder Vergleichbares passiert?

Wenn Sie sich so verhalten, wie sie es in der Situation getan haben, was war die Konsequenz, unmittelbar danach? (K<sub>k</sub>)

- Was ist mit ihrem Gefühl passiert?
- Wie hat der andere reagiert?
- Wie ging es Ihnen?

Wenn Sie sich weiter so verhalten, wie sie es in der Situation getan haben, was wird die Konsequenz längerfristig sein? (K<sub>l</sub>) Arbeiten Sie den „Benefit“ des Patientenverhaltens heraus:

- Welche unangenehmen Konsequenzen werden vermieden?
- Welche angenehmen Konsequenzen werden genommen?
- Welche Qualität haben die langfristigen Konsequenzen?

Lassen Sie den Patienten abschließend zusammenfassen, warum er sich in dieser typischen Situation so verhält, wie er es tut.

**Anmerkungen für die Therapeuten:**

- *Achten Sie auf eine genaue Beschreibung der sozialen Situation.*
- *Unterstützen Sie den Patienten bei der Differenzierung seines Erlebens.*
- *Entlasten Sie den Patienten hinsichtlich seines Vermeidungsverhaltens und verdeutlichen Sie die längerfristigen Nachteile.*

**Hausaufgabe: Erstellen einer individuellen Verhaltensanalyse**

- Teilen Sie Arbeitsbogen HA 10.3 aus.
- Bitten Sie den Patienten, sich eine weitere konkrete Situation vorzunehmen und sein Verhalten mit Hilfe der Fragen auf dem Arbeitsbogen genauer zu betrachten.
- Es ist hilfreich die Antworten in das vorgestellte Schema einzutragen.

**10.3: 28. Sitzung: Problemlösungen**

**Ziel**

- *Schrittweise Lösungsfindung bei Problemverhalten in sozialer Interaktion mit vertrauten Personen (Freunde und/oder Partner)*

**Tagebuchführung**

**Vorstellen der individuellen Verhaltensanalyse**

Geben Sie dem Pat. Gelegenheit, seine Verhaltensanalyse vorzustellen und arbeiten Sie dabei besonders heraus:

- Konsequenzen des Problemverhaltens
- Aufrechterhaltende Faktoren des Problemverhaltens

**Problemlösung**

Erarbeiten Sie beispielhaft mit dem Patienten alternative Verhaltensweisen für die analysierte Beispielsituation.

Knüpfen Sie an Modul 4 (Wahrnehmung und Denken) an: Machen Sie deutlich, dass eine Änderung des Verhaltens mit einer veränderten Bewertung der Situation anfängt. Beziehen Sie darüber hinaus alle Ebenen der Reaktion ein (R<sub>c</sub>):

- Welche anderen Gedanken und Bewertungen der Situation wären denkbar?
- Wie würden sich diese veränderten Gedanken auf Ihre Gefühle und Ihr Körpererleben auswirken?
- Wie würden Sie sich dann sichtbar verhalten?

Erarbeiten Sie die Ressourcen des Patienten, die im Problemkontext unterstützend wirken:

- Welche Ihrer Eigenschaften könnten Ihnen helfen, sich in dieser typischen Situation anders zu verhalten?
- Was noch könnte Ihnen helfen, mit den unangenehmen kurzfristigen Konsequenzen, die Sie durch Ihr Verhalten meist vermeiden, umzugehen?
- Was sind Ihre Stärken?

Entwickeln Sie gemeinsam mit dem Patienten eine positive Zukunftsprojektion:

- Was wäre, wenn Sie dieses Problem in Ihrer Freundschaft/Partnerschaft nicht mehr hätten?

Hausaufgabe: Individuelle Problemlösung

Händigen Sie dem Patienten Arbeitsbogen HA 10.4 und HA 10.5 aus, bitten Sie ihn, seine Verhaltensanalyse ggf. in Kopie mitzunehmen und formulieren Sie die Aufgabenstellung:

- Vergegenwärtigen Sie sich noch einmal die verschiedenen Ebenen Ihrer Reaktion (Gedanken – Gefühle – Körpererleben – Handeln)
- Entwickeln Sie mit Hilfe der Fragen des Arbeitsbogens eine alternative Verhaltensweise als Problemlösung: Was könnte ich anders...
- Tragen Sie die Antworten zum Arbeitsbogen HA 10.4 in das vorbereitete Schema ein.

#### **10.4 29. Sitzung: Übungen zur Interaktion**

##### **Ziele**

- *Erwerb von Rückmeldungsregeln*
- *Problem- bzw. Konfliktlösung*
- *Erhöhung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit emotional bedeutsamen Interaktionspartnern*

Besprechung der Hausaufgabe: **Vorstellen der individuellen Problemlösung**

Geben Sie dem Pat. Gelegenheit, seine Problemlösung vorzustellen und arbeiten Sie dabei besonders heraus:

- Konsequenzen des neuen Verhaltens
- Aufrechterhaltende Faktoren des neuen Verhaltens
- Bewältigungsressourcen

Hausaufgabe: HA 11.1 (Intimität in Beziehungen) Anleitung zum Ausfüllen des Arbeitsbogens. Der Pat. soll sich überlegen, wie das jeweilige Gefühl in Worten auszudrücken ist und eine vergleichbare Tabelle für ein weiteres Gefühl (bspw. Ärger) erstellen.

## **Modul 11: Intimität Nähe und Vertrauen**

### *Ziele des Moduls*

- *Vermittlung eines Konzeptes von Intimität*
- *Erarbeiten des Zusammenhanges von mangelnder Intimität und Einsamkeit*
- *Verständnis dafür erreichen, wie geringe Intimität und emotionale Einsamkeit sich auf die Lebensqualität auswirken.*
- *Verstehen und Erkennen der Bedeutung von Intimität und emotionaler Nähe in der bisherigen Biografie und in Bezug zu den Straftaten.*

### **Theoretische und praktische Informationen**

*Der Mensch ist ein „Beziehungswesen“ und hat von Beginn seines Lebens an unabwiesbare Grundbedürfnisse nach Annahme, Sicherheit und Geborgenheit, die nur in zwischenmenschlichen Beziehungen erfüllt werden können.*

*Eine Ausweitung der Intimität in Beziehungen führt bei allen Menschen zu vermehrter persönlicher Lebenszufriedenheit und höherem emotionalem Wohlergehen. Intimität wird definiert als der Zustand, vertraut zu sein und ist grundsätzlich unabhängig vom Vorhandensein einer sexuellen Beziehung und daher nicht mit dieser gleichzusetzen. (Beachten Sie, dass das „Führen einer sexuellen Beziehung“ ebenfalls Teil der Definition von „intim“ ist. Der springende Punkt ist dabei jedoch, dass dies für viele Menschen zu häufig das einzige Verständnis von Intimität ist.)*

*Sexualität kann ein wichtiger Faktor in einer zwischenmenschlichen Beziehung sein, Intimität zu kommunizieren und zu vertiefen. Eine pädophile Präferenzstörung schränkt daher die Betroffenen ein oder macht es ihnen sogar ganz unmöglich, in einer intimen Beziehung zu Erwachsenen Sexualität als Mittel für partnerschaftliche Intimität zu nutzen und zu erleben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass Sexualität in den meisten intimen Beziehungen (z.B. Freundschaften) keine Rolle spielt und somit auch keine Voraussetzung dafür darstellt.*

*Niedrige Intimität (d.h. ein niedriger Grad an vertrauensvollen Beziehungen zu anderen) korreliert mit einem höheren Grad an emotionaler Einsamkeit. Daher weisen pädophile Männer, welche Defizite bei Intimität zu Erwachsenen haben, durchschnittlich einen hohen Grad an emotionaler Einsamkeit auf. Ein mangelndes Zugehörigkeitsgefühl zur Erwachsenenwelt, das Gefühl in der Entwicklung „hängen geblieben“ zu sein und das dadurch umso schmerzhafter erlebte Älterwerden sowie die Einsamkeit können dann dazu führen, dass viele pädophile Männer daher um so intensiver Kontakte zur Welt der Kinder suchen, um dort ihre Bedürfnisse nach Intimität, Nähe und eben auch Sexualität zu befriedigen.*

*Das Aufnehmen oder Vertiefen vertrauensvoller und damit intimer Beziehungen zu Erwachsenen kann somit das Gefühl der Einsamkeit mindern*

*und dadurch letztlich zu einer höheren Lebensqualität, verbesserter psychischer Stabilität und vermutlich letztlich zu einer höheren Impulskontrolle hinsichtlich pädosexuell motivierter Straftaten führen.*

### 11.1: 30. Sitzung: Was ist Intimität?

#### **Tagebuchführung**

Diskussion des Begriffes „Intimität“ anhand der Hausaufgabe HA 11.1

Nachdem nun die sozialen Beziehungen des Pat. beleuchtet wurden, soll in dieser Sitzung abschließend die Bedeutung von Intimität erörtert werden. Besprechen Sie mit dem Pat., was für ihn „Intimität“ bedeutet und erarbeiten Sie Merkmale intimer Beziehungen, z.B.:

- Gewährleistung eines Gefühls von Sicherheit, Vertrauen und emotionaler Nähe
- Gemeinschaftlichkeit und ein Gefühl gemeinsamen Erlebens (z.B. gemeinsame Freizeitaktivitäten)
- Sorge für den Anderen tragen
- Bestätigung/Anerkennung der eigenen Person durch den Anderen
- gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen
- Gefühl von familiärer Verbundenheit
- Funktionierende verbale und nonverbale Kommunikation
- Selbstöffnung
- Konflikte können gelöst werden
- **fakultativ:** gemeinsame Sexualität

**Wichtig:** Der Begriff „Intimität“ wird sehr häufig mit sexuellen Beziehungen gleichgesetzt. Dieses Fehlverständnis des Begriffs „Intimität“ trägt zu der Idee bei, jede andere Art von Beziehung müsse daher „nicht-intim“ sein. Es wichtig, dass sich die Patienten darüber klar werden.

#### **Rangreihe intimer Beziehungen zu Erwachsenen**

Bitten Sie den Patienten, folgende Fragen zu bearbeiten:

- Welche Menschen in Ihrem Leben erfüllen die Merkmale von Intimität bzw. mit wem fühlen sich intim?
- Wie war das in der Vergangenheit?
- Wie sieht Ihre persönliche Rangreihe von Beziehungen aus? Sortieren Sie hierfür Ihre Beziehungen von „intim/nah“ hin zu und „distanziert/fern“.

#### **Vor- und Nachteile von (intimen) Beziehungen zu Erwachsenen**

Diskutieren Sie die Vor- und Nachteile von (intimen) Beziehungen zu Erwachsenen. Beispiele für Vorteile:

- Gefühl ein erfülltes Leben zu führen
- häufigere und positivere Kontakte zu anderen
- bessere psychische und körperliche Gesundheit
- bessere Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress
- Erfahrung eigener zwischenmenschlicher Kompetenz
- Besseres Selbstwertgefühl



Beispiele für Nachteile:

- Gefahr verletzt, enttäuscht oder eifersüchtig zu werden
- Eigene Initiative und Bemühungen sind erforderlich
- Kompromisse müssen eingegangen werden
- Selbstöffnung ist erforderlich

### **Intime Beziehungen zu Kindern?**

Stellen Sie dem Pat. die Frage, welche Probleme mit einer intimen Beziehung zu einem Kind verbunden sind.

Beispiele:

- Die Beziehungsgestaltung ist immer asymmetrisch.
- Kinder können von ihrer psychischen Entwicklung her Probleme von erwachsenen Menschen nicht voll erfassen
- Kinder leben gedanklich und gefühlsmäßig in einer anderen Welt als Erwachsene
- Sexualität kann und darf in Beziehungen zu Kindern - im Gegensatz zu Erwachsenen - nie als Mittel verwendet werden, Intimität herzustellen.
- (...)

*Hinweis: Es muss am Ende dieser Diskussion klar sein, dass eine intime Beziehung zu einem Kind nicht möglich ist, auch wenn diese noch so sehr gewünscht wird oder gar so gesehen wird. Möglicherweise werden hier einige der Patienten sagen, dass Kinder immer die besseren und intimeren Freunde als Erwachsene sind, da man nur mit Kindern vernünftig reden könne.*

## **11.2: 31. Sitzung: Kommunikation von Gefühlen**

(Übungen zu Intimität und Gefühlskommunikation)

### **Ziele**

- *Vermittlung von Fertigkeiten zur angemessenen Regulation von Nähe-Distanzregulation im zwischenmenschlichen Kontakt.*
- *Vermittlung von Grundregeln partnerschaftlicher bzw. freundschaftlicher Gesprächsführung*
- *Aufbau von Kompetenzen angemessener Gefühlskommunikation*

### **Tagebuchführung**

#### **Nonverbaler Ausdruck von Sympathie**

Fragen Sie den Patienten, über welche nonverbalen Mitteilungsformen, Menschen einander Sympathie ausdrücken und sich näher kommen können oder ihren Wunsch nach Nähe signalisieren und halten Sie die Antworten des Patienten fest.

Ergänzen Sie ggf. folgende Punkte:

- Blickkontakt aufnehmen und halten
- Räumliche Nähe suchen (Stuhl rücken)
- Körperhaltung: zugewandt, entspannt...
- Mimik: Lächeln, kongruenter Emotionsausdruck...
- Gestik: Nicken, Berührung...

- ggf. Wünsche erfüllen und/oder unterstützen
- Zeit miteinander verbringen

### **Verbaler Ausdruck von Sympathie**

Bitten Sie den Patienten, zu überlegen, über welche verbalen Mitteilungsformen, Menschen einander Sympathie ausdrücken und sich näher kommen können oder ihren Wunsch nach Nähe signalisieren und halten Sie die Antworten des Patienten fest.

Ergänzen Sie ggf. folgende Punkte:

- Positive Rückmeldung geben (Lob, Anerkennung, Liebe...)
- Den anderen verbal verstärken (z.B. „ja“, „hm“, „aha“...)
- Im Gespräch interessiert nachfragen, Interesse zeigen
- Paraphrasieren des Gesagten (Wiederholung einer Aussage mit eigenen Worten)
- Mitteilung eigener Gefühle
- Wunsch- und Bedürfnisformulierung
- Stimme eher warm und weich

### **Verbale und nonverbale Ausdrucksformen von Gefühlen**

Teilen Sie AB 11.1 (3-seitig) aus und diskutieren Sie mit dem Pat. die einzelnen Aspekte. Sammeln Sie mit dem Patienten für die Gefühle Zuneigung (Sympathie), Angst und Scham weitere Erlebnisse und Gedanken, die das Gefühl hervorrufen können. Fokussieren Sie den verbalen Ausdruck des Gefühls: Wie drückt man das Gefühl in Worten aus?

### **Rollenspiel zum verbalen und nonverbalen Ausdruck von Sympathie und Gefühlen**

Bitten Sie den Patienten für ein Rollenspiel auf die „Bühne“. Die Aufgabe besteht darin, einen Dialog zu spielen. Der Pat. soll im Wechsel beide Rollen der Gesprächspartner einnehmen.

Bitten Sie ihn zunächst, irgendein Gespräch seines gestrigen Tages zu schildern. Er soll dann je einen Platz einer Rolle zuweisen und den Platz wechseln wenn er im Spiel die Rolle wechselt. Er soll versuchen, ein Gespräch zu gestalten und dabei die Zielsetzung berücksichtigen, Sympathie und Nähe aufzubauen. Er sollte sich dabei der erarbeiteten verbalen und nonverbalen Möglichkeiten zu bedienen.

Wann immer sinnvoll oder nötig soll der Pat. dazu angehalten werden, die Plätze und damit die Rollen zu tauschen.

In der Nachbesprechung soll die Erfahrung aus dem Rollenspiel reflektiert werden. Berücksichtigen Sie dabei besonders die Möglichkeiten des Verbalen und nonverbalen Ausdrucks von Gefühlen.

### 11.3: 32. Sitzung: Partnerschaft und Pädophilie

#### **Ziele**

- *Kenntnis über Genese und Bedeutung sexueller Funktionsstörungen*
- *Auswirkungen pädophiler Wünsche, Bedürfnisse und Fantasien auf die Beziehungsgestaltung*

#### *Theoretische und praktische Informationen:*

*Bei einer ausschließlich pädophilen/hebephilen sexuellen Ansprechbarkeit (Hauptströmung) muss der Pat. lernen auf eine partnerschaftliche Sexualität zu verzichten, weil diese nie mit einem Kind möglich sein wird und er aufgrund der fehlenden sexuellen Ansprechbarkeit nie mit einem erwachsenen Menschen eine ihn erfüllende Sexualität leben kann. Bei einer pädophilen Hauptströmung sind nur sexuelle Fantasien mit Kindern zum Orgasmus führend. Teilweise werden sexuelle Kontakte zu Frauen und/oder Männern berichtet, jedoch bedienen sich die Betroffenen in diesen Situationen ebenfalls pädophiler Fantasieinhalte. Ohne diese kann es hier zu Erektionsstörungen kommen und meist wird dann ein ausbleibender Orgasmus berichtet. Das genuine sexuelle Interesse ist also auf Kinder gerichtet, obwohl der Wunsch nach einer erfüllten Sexualität mit einem Erwachsenen bestehen kann.*

*Bei einer pädophilen Nebenströmung, d.h. es findet sich eine sexuelle Ansprechbarkeit sowohl für Kinder als auch für altersadäquate Personen, liegt der Behandlungsschwerpunkt in der Entwicklung von Strategien eine erfüllte Sexualität mit altersentsprechenden, d.h. in der Regel erwachsenen Partnerinnen oder Partnern zu leben. Jedoch kann sich die Pädophilie in vielfacher Weise auf die Partnerschaft auswirken. Häufig kommt es zu einer Abschirmung von der Partnerin/dem Partner aus folgenden Gründen:*

- *Der Betroffene hat ein „Geheimnis“, welches er der Partnerin/dem Partner nicht mitteilen kann.*
- *Die Beziehung zu einem Kind kann zu einer wesentlichen zeitlichen und emotionalen Okkupierung führen und dadurch eine verminderte zeitliche und emotionale Zuwendung in der Partnerschaft zur Folge haben.*
- *Der Betroffene kann Schuldgefühle gegenüber der Partnerin entwickeln, weil er sich pädophile Pornos anguckt, im Internet nach entsprechendem Bildmaterial sucht, sich sexuell für Kinder in seinem sozialen Umfeld interessiert oder (sexuelle) Kontakte mit Kindern unterhält.*
- *Eventuell sind beim sexuellen Kontakt mit der Partnerin pädophile Fantasieinhalte als Zusatzstimuli erforderlich. Wenn im Vorfeld bereits sexuelle Funktionsstörungen bestanden, z.B. Erektions- oder Orgasmusstörungen, so kann es rasch zu einer Erwartungsangst kommen, „hoffentlich klappt es diesmal (wieder)“. Dies kann zu einem körperlichen und emotionalen Rückzug von der Partnerin und schließlich zu manifesten sexuellen Funktionsstörungen führen.*

#### **Tagebuchführung**

##### **Pädophile Haupt- und Nebenströmung**

Informieren Sie den Patienten (zur Wiederholung) darüber, dass es Menschen gibt, die ausschließlich über fantasierte oder reale sexuelle Kontakte mit Kindern sexuelle Erregung erfahren können und andere, welche sexuelle Erregung sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen erfahren. Machen Sie

darauf aufmerksam, dass oftmals der Wunsch bestehen kann eine sexuelle Beziehung mit einem Erwachsenen zu führen, obwohl ein echtes sexuelles Interesse ausschließlich für Kinder besteht. Teilen Sie dem Patienten die Kriterien für eine pädophile Haupt- bzw. Nebenströmung mit.

#### **Hauptströmung:**

- Echtes sexuelle Interesse ausschließlich für prä- oder peripubertäre Kinderkörper (Der Wunsch, sich sexuell für Erwachsene zu interessieren, „beweist“ kein sexuelles Interesse für Erwachsene).
- Bei der Selbstbefriedigung werden ausschließlich sexuelle Handlungen mit Kindern fantasiert.
- Beim Geschlechtsverkehr mit einer erwachsenen Person kann ein Orgasmus erreicht werden, jedoch werden auch hierbei in der Fantasie Bilder von Kindern zur sexuellen Erregungssteigerung und zum Erreichen des Orgasmus verwendet.

#### **Nebenströmung:**

- Echtes sexuelles Interesse sowohl für kindliche (präpubertäre) als auch erwachsene Körper.
- Bei der Selbstbefriedigung werden sexuelle Handlungen sowohl mit Kindern als auch Erwachsenen fantasiert.
- Beim Geschlechtsverkehr mit einer erwachsenen Person wird diese selbst oder bestimmte Merkmale von ihr (z.B. Brust- oder Genitalbereich, Geruch, Körperbau) als sexuell stark erregend erlebt.

Bitten Sie den Patienten sich in eine der beiden Gruppen selbst einzuteilen. Diese Einteilung erfordert ein hohes Maß an Ehrlichkeit sich selbst gegenüber. Weisen Sie auf jeden Fall darauf hin, dass die Unterteilung in diese beiden Gruppen letztlich nur dazu dienen soll, damit sich der Pat. darüber klar werden kann, ob eine sexuelle Beziehung mit einem erwachsenen Menschen für ihn eine tatsächliche oder nur gewünschte Möglichkeit darstellt.

#### **Sexueller Reaktionszyklus**

Erarbeiten Sie mit dem Pat. den sexuellen Reaktionszyklus (sexuelle Appetenz, Erregung, Orgasmus, Entspannungsphase). Die Frage könnte lauten: „Wie sieht ein sexueller Reaktionszyklus aus, d.h. welche körperliche und psychische Reaktion geht einem sexuellen Kontakt bzw. der Selbstbefriedigung voran, wie geht es dann weiter und wie sieht das Ende aus?“

#### **Sexuelle Funktionsstörungen und Ursachen**

Diskutieren Sie mit dem Pat., wo es zu Störungen des Reaktionszyklus bei der Sexualität mit dem Partner und bei der Selbstbefriedigung kommen könnte. Weisen Sie darauf hin (falls erforderlich) dass der Reaktionszyklus an jeder Stelle von Störungen betroffen sein kann. Lassen Sie den Pat. mögliche Gründe dafür nennen und ergänzen Sie falls nötig. Weisen Sie getrennt auf die Ursachen im Kontext mit Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung hin.

Beispiele:

- Angst zu versagen
- Mangelnde Akzeptanz der eigenen Sexualität bzw. sexuellen Fantasien
- Streit mit dem Partner
- Fehlender oder mangelnder Austausch über eigene Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle
- Mangelnde körperliche sexuelle Anziehungskraft des Partners
- Fehlende Gemeinsamkeiten in der Beziehung
- Körperliche Erkrankungen
- Drogenkonsum
- Dysfunktionale Überzeugungen:
  - gleichzeitiger Orgasmus ist besser als Zeitversetzer
  - der Orgasmus ist die primäre Befriedigungsquelle
  - regelmäßiger Sex ist Pflicht in einer Beziehung
  - guter Sex muss abwechslungsreich sein
  - wenn ich mir bei der Selbstbefriedigung regelmäßig Kinder vorstelle, dann gewöhne ich mich daran

### **Partnerschaft und Sexualität**

Fragen Sie den Pat., welche Bedeutung die gemeinsam erlebte Sexualität in der Partnerschaft hat, bzw. habe könnte. Folgende Punkte sind wichtig:

- Beziehungsdimension: Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Angenommen-Sein, Nähe, Geborgenheit, Sicherheit. Herstellung und Ausdrücken von Gemeinsamkeit durch körperlichen Kontakt, welcher von der Umarmung bis zum Koitus reichen kann. Sexualität in der Partnerschaft als körpersprachliche Kommunikation.
- Lustdimension: Erleben sexueller Erregung, Lust, Sinnlichkeit, Ekstase, begehren und begehrt werden.
- Fortpflanzungsdimension: Diskrepanter oder konkordanter Kinderwunsch, überwertiger Kinderwunsch, Bedeutung der Fortpflanzungsfähigkeit.

### **Auswirkungen der Pädophilie auf die Partnerschaft**

*Diskutieren sie mit dem Pat., welche Auswirkungen die Pädophilie auf die Beziehungsgestaltung haben kann. Erarbeiten Sie dabei die Punkte, welche unter den theoretischen und praktischen Informationen aufgeführt sind.*

### **Führen Sie dann folgende zwei Rollenspiele durch:**

- Ihre Partnerin beklagt sich über zuwenig Intimität in der Partnerschaft, sie würden kaum noch gemeinsame Unternehmungen machen. Seit mehreren Monaten sei es nicht mehr zu gemeinsamer Sexualität in Form von Geschlechtsverkehr gekommen. Ihre Partnerin fragt, was los sei und ob Sie sie noch lieben.
- Ihre Partnerin findet Indizien dafür, dass Sie sich sexuell für Kinder interessieren. Sie hat beispielsweise Missbrauchsdarstellungen aus dem Internet auf dem Computer gefunden oder Fotos von Kindern. Oder sie wundert sich, dass sie soviel mit bestimmten Kindern unterwegs sind und diese bei Ihnen zu Hause anrufen.

Ggf. kann hier auch eine Situation gespielt werden, die dem realen Leben des Pat. entstammt.

**Stellen Sie dem Patienten nach den Rollenspielen folgende Fragen:**

- Was sind Ihre Gedanken in dem Moment, als ihre Partnerin Sie darauf anspricht?
- Was fühlen Sie?
- Was nehmen Sie wahr (z.B. Körperwahrnehmung, Herzklopfen, Schwindel, feuchte Hände etc.)?

**Paarberatung**

Machen Sie den Patienten zum Abschluss der Therapiesitzung darauf aufmerksam, dass die Möglichkeit einer Paarberatung in Form von drei gemeinsamen Gesprächen besteht. Sollte sich darüber hinaus der Bedarf für eine Paartherapie ergeben, so besteht die Möglichkeit dafür nach Absprache, ggf. auch erst nach der Einzeltherapie.

Eine Voraussetzung für die Beratungsgespräche ist, dass die Partnerin über die gegenwärtige Therapie und den Grund dafür informiert ist und bereit ist, zu dem Paargespräch zu erscheinen. Die drei Paargespräche sollten folgendermaßen strukturiert sein:

1. Gespräch: Aufklärung über Bedeutung der sexuellen Präferenzstörung. Welche Fragen haben die Partnerin oder das Paar. Gibt es Punkte für Verbesserungs- und Veränderungswünsche? Was könnte aus der Sicht des Paares zu einer Verbesserung beitragen? Setzen kleiner Ziele, Klärung wie diese erreicht werden können.
2. Gespräch: Hatten Sie Erfolg ihre Veränderungswünsche umzusetzen? Was ging und was ging nicht? Was hat Ihnen dabei geholfen, was war hinderlich?
3. Gespräch: Falls weiterer Behandlungsbedarf besteht kann dem Paar nach Abschluss der Behandlung eine Paartherapie angeboten werden.

**Modul 12: Zukunftsplan**

*Ziele*

- *Entwicklung neuer Lebensziele unter Berücksichtigung von Zielorientierung, Kosten-Nutzenanalyse und Zwischenziele*
- *Evaluierung dysfunktionaler und Etablierung neuer funktionaler Denkstile*
- *Vergrößerung der kognitiven Dissonanz zwischen gewünschtem Selbstbild und strafbarem sexuellen Verhalten*

**Theoretische und praktische Informationen**

*Das besondere Augenmerk für zukünftige Veränderungen gilt der Praktikabilität der Strategien und dem Vorhandensein eigener Ressourcen. Die zu Veränderungen führenden Strategien müssen aufgabenorientiert und problemfokussiert sein, um wirkliche und dauerhafte Veränderungen bewirken zu können.*

*Bei der Entwicklung von Zielen ist zu berücksichtigen, dass Ziele, welche zielorientiert (z. B. einen Apfel essen) leichter zu erreichen sind als Ziele, welche vermeidungsorientiert sind (z.B. keine Schokolade mehr essen). So ist das Ziel, keine sexuellen Übergriffe mehr zu begehen schwieriger zu erreichen als Ziele, welche zu einem glücklicheren und erfüllteren Leben führen und auf diese Weise das Bedürfnis sexuellen Kontakt zu Kindern herzustellen mindern helfen.*

*Bei der Entwicklung von Bewältigungs- und Veränderungsstrategien sind daher folgende Punkte zu berücksichtigen:*

- *Ist das angestrebte Ziel realistisch? (Wie wahrscheinlich ist es, dass ich das Ziel erreiche? Wann werde ich es erreichen können?)*
- *Wird mich dieses Ziel glücklich machen? (Wie fühle ich mich, wenn ich mir dieses Ziel setze?)*
- *Ist das Ziel vermeidungs- oder zielorientiert?*
- *Wie können vermeidungsorientierte Ziele in zielorientierte Ziele umformuliert werden?*
- *Kann dieses Ziel das Risiko für einen sexuellen Missbrauch reduzieren oder sogar erhöhen?*

*Kleinere Zwischenziele erleichtern den Weg zum eigentlichen Ziel, wobei bei Erreichen eines Zwischenziels bereits immer auch ein Teilziel erreicht ist.*

## **12.1: 33. Sitzung: Grundlagen für Veränderungsstrategien**

### **Tagebuchführung**

#### **„Zukünftiges Ich“**

Es kann dem Pat. helfen, die Behandlung als sinnvoll zu erleben, wenn er für sich herausfinden kann, was zukünftig in seinem Leben wichtig sein kann. Führen Sie die Idee des „zukünftigen Ichs“ ein, d.h. so wie der Pat. zukünftig sein will. Stellen Sie folgende Frage: „Wenn Sie sich ihre Vergangenheit und Ihre gegenwärtige Situation anschauen, welche Ziele haben Sie für die Zukunft? Wie soll Ihr zukünftiges Ich aussehen?“

#### **Ziel- und vermeidungsorientierte Ziele**

- Zur Verdeutlichung des Unterschieds von ziel- und vermeidungsorientierten Zielen könne Sie folgendes Beispiel verwenden: „Sie wollen Ihrer Einsamkeit entkommen und mehr Zeit mit anderen Menschen verbringen. Stellen Sie dem Pat. die beiden Ziele „Ich will nie wieder eine Verabredung absagen“ und „Ich will einem Sportverein beitreten“ vor.
- Fragen Sie dann, wie er sich beim ersten und beim zweiten Ziel fühlt und wie groß er jeweils die Wahrscheinlichkeit einschätzt, dieses Ziel zu erreichen.
- Diskutieren Sie, welches Ziel bevorzugt wird und warum. Verdeutlichen Sie anschließend das Konzept von ziel- und vermeidungsorientierten Zielen.

- Diskutieren Sie anschließend, welche der vorher genannten Ziele welcher Zielkategorie entsprechen.

### **Folgen für das eigene Verhalten**

Stellen Sie folgende Frage:

„Wie wird sich eine Person mit ausschließlich vermeidungs- bzw. zielorientierten Zielen verhalten?“

Erarbeiten Sie, dass sich eine Person mit vermeidungsorientierten Zielen eher passiv und eine Person mit eher zielorientierten Zielen aktiv verhalten wird.

### **Zwischenziele**

Diskutieren Sie welche Vor- und Nachteile Zwischenziele haben könnten. Verwenden Sie das Bild einer Zieltreppe oder -leiter, wo jeder Schritt ein Erfolgserlebnis darstellt.

Vorteile von Zwischenzielen:

- Sind leichter zu erreichen, als Endziel
- Die Wahrscheinlichkeit, dass das eigentliche Ziel erreicht wird ist höher
- Erfolgserlebnisse bereits auf dem Weg zum Ziel

### **Kurz- und langfristige Kosten und Nutzen von Veränderungen**

Erläutern Sie dem Pat., dass Veränderungen immer etwas nutzen, aber auch etwas kosten können. Entscheidungen werden letztlich danach getroffen, wie viele Kosten und welchen Nutzen sie versprechen. Kosten und Nutzen können jedoch kurz- und langfristig sehr unterschiedlich ausfallen. Fragen Sie den Pat., ob ihm ein Beispiel dazu einfällt. Sie können auch folgendes Beispiel von Suchen nach Kinderpornografie im Internet berichten:

- Gewinn kurzfristig: Spannung, sexuelle Erregung, sexuelle Befriedigung
- Kosten kurzfristig: etwas Zeit und Geld
- Gewinn langfristig: ???
- Kosten langfristig: Gefühl unbefriedigt zu sein, Einsamkeit, Angst vor oder tatsächliche Anzeige wegen Besitz und/oder Verbreitung von Missbrauchsdarstellungen

### **Problem der sofortigen Gratifikation**

Stellen Sie folgende Frage, bzw. verwenden Sie das Beispiel, welches Sie oben verwendet haben: „Warum surfen wir weiter im Internet, wenn die langfristigen Kosten doch offensichtlich den kurzfristigen Gewinn übersteigen?“

Erarbeiten Sie, dass kurzfristige Gewinne langfristige Folgen „ausblenden“ können, auch wenn letztere deutlich höher ausfallen. Dieses Phänomen wird in der Psychologie als „Problem der sofortigen Gratifikation/Befriedigung“ bezeichnet. Weisen Sie darauf hin, dass Verhaltensänderungen ebenfalls erschwert werden, wenn die Kosten zu Beginn hoch sind und der Gewinn erst mit Verzögerung eintritt (z.B. anfangen Sport zu betreiben, ein Instrument zu erlernen).

Stellen Sie anschließend die folgende Frage: „Warum verhalten sich Menschen, die dieses Problem verstanden haben, dennoch nicht anders?“



Verdeutlichen Sie, dass in emotional belastenden Situationen oder auch Zuständen, sofortigen Gratifikationen viel schwieriger widerstanden werden kann.

### **Überprüfung der kurz- und die langfristigen Kosten und Nutzen**

Diskutieren Sie die kurz- und die langfristigen Kosten und Nutzen des Patienten.

### **Zukunftsziele**

Bitten Sie den Pat. eine Zeichnung mit seinen Zukunftszielen auf einem Blatt Papier anzufertigen, welche ihn seinem zukünftigen Ich näher bringt. Fordern Sie den Pat. auf, neben Worten auch Zeichnungen zu verwenden. Falls der Pat. seine Zeichnung nicht in der Sitzung beendet, kann er dies zu Hause tun. Folgende Punkte sollten beachtet werden: (händigen Sie dem Pat. hierzu Arbeitsblatt HA 12.1 aus):

- Was werde ich zukünftig tun (Verhalten, Lebensstil)?
- Wo werde ich zukünftig hingehen (Orte, Situationen)?
- Wie werde ich mich fühlen (Stimmung, Emotionen)?
- Wie und was werde ich denken?
- Was ist mir zukünftig wichtig?

## **12.2: 34. Sitzung: Vorstellung des Zukunftsplans**

### **Tagebuchführung**

Der Pat. erhält die Möglichkeit, seine Zukunftsplanung vorzustellen und seine Ziele zu erläutern. Diskutieren Sie nach der Vorstellung weitere Ziele nach folgenden Gesichtspunkten:

- Ist das angestrebte Ziel realistisch? (Wie wahrscheinlich ist es, dass ich das Ziel erreiche?)
- Wird dieses Ziel Zufriedenheit bewirken? (Wie fühle ich mich, wenn ich mir dieses Ziel setze?)
- Ist das Ziel vermeidungs- oder zielorientiert?
- Wie können vermeidungsorientierte Ziele in zielorientierte Ziele umformuliert werden?
- Kann dieses Ziel das Risiko für einen sexuellen Missbrauch reduzieren oder sogar erhöhen?
- Gibt es Zwischenziele?

## **Modul 13: Schutzplan**

### **Ziele**

- *Verstehen, dass ein sexueller Missbrauch die Folge einer Ansammlung von Ereignissen, Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen ist, die der Pat. erkennen und kontrollieren kann.*

- Verstehen, dass diese Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen mit den Einstellungen, Werten, Überzeugungen und Wahrnehmungen (von einem selbst, von anderen und von Ereignissen) zusammenhängen.
- Benennen individueller Risikofaktoren und Warnzeichen für das Begehen eines Sexualdelikts
- Das Konzept, dass Wiederholungstaten zyklisch verlaufen, dass eine Unterbrechung des Zyklus (Deliktzyklus) an verschiedenen Punkten möglich ist; dass es einfacher ist, früher in der Entwicklung zu intervenieren; und dass eine Intervention vor dem Auftreten eines erneuten Sexualdelikts **immer** möglich ist.

### **Theoretische und praktische Informationen**

Der Plan zur Verhinderung sexueller Kontakte zu Kindern beinhaltet individuelle Strategien zum Umgang mit Risikosituationen und Warnzeichen sowie zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen (welche das Rückfallrisiko erhöhen können).

Die Arbeit in diesem Modul baut auf den Erkenntnissen der Patienten aus der bisherigen Therapie auf. Grundlegendes Ziel dieses Moduls ist es, die Wahrnehmung des Patienten für individuell gefährliche Situationen und für die einem sexuellen Missbrauch vorausgehenden Ereignisse zu verbessern, um dadurch die Impulskontrolle zu erhöhen. Für bisher nicht übergriffige Patienten gilt hier analog, dass sie Situationen analysieren sollen, wo sie sich gefährdet sahen oder heute noch sehen.

Ein weiteres Ziel ist es, destabilisierende Elemente im Alltag zu erkennen und diesen mit geeigneten Interventionsstrategien zu begegnen. Letztlich kann dies zu einer Verbesserung der Lebensqualität und somit auch sekundär zur Verbesserung der Impulskontrolle führen.

**Risikofaktoren** sind Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, einen sexuellen Missbrauch zu begehen, wie z.B. das Ende einer Beziehung, ein Konflikt, ...etc.

**Warnzeichen** zeigen, dass der Patient auf einen sexuellen Übergriff hin zusteuert. Verschiedene Warnzeichen können auf eine unterschiedliche Progression in Richtung Delikt hinweisen. Warnzeichen können sowohl internal (d.h. unbeobachtbar durch andere, wie Gedanken und Gefühle) als auch external (d.h. beobachtbar durch andere, wie Verhalten, z.B. erneuter Alkoholkonsum, ungepflegte Erscheinung, vermehrter Gebrauch von Pornos, Besuch von Schwimmbädern, etc.) sein. Warnzeichen können dem Patient als wichtiges Signal dienen, spätestens jetzt etwas zu tun, um das Problem oder die Situation zu bewältigen.

Risikofaktoren und Warnzeichen können manchmal dieselbe Situation beschreiben. So kann ein Schwimmbadbesuch einen allgemeinen Risikofaktor darstellen. Hier wäre zu überlegen, wie dieser möglichst klein gehalten werden kann, z.B. Uhrzeit, Art des Schwimmbades, Meidung des Kinderbeckens usw.. Andererseits kann ein Schwimmbadbesuch, wenn damit primär ein Beobachten bzw. eine Kontaktaufnahme zu Kindern beabsichtigt wird, ein wichtiges Warnzeichen darstellen, welches jemandem anzeigen kann, dass er vermehrt nach geeigneten sexuellen Kontaktsituationen und Stimuli sucht.

*Der (Rückfall-)präventionsplan zeigt Strategien zum effektiven Umgang mit Risikofaktoren und Warnzeichen auf. Diese Interventions- bzw. Bewältigungsstrategien sind sowohl auf der Ebene der Kognition als auch des Verhaltens angesiedelt.*

### 13.1: 35. Sitzung: Risikofaktoren und Warnzeichen I

#### Tagebuchführung

##### **Schritte zum sexuellen Missbrauch (Deliktkreis)**

Diskutieren Sie zur Wiederholung (s.a. Modul 10), wie ein sexueller Missbrauch entstehen kann („Wie kommt es zu einem sexuellen Missbrauch? Geschieht er plötzlich, wie aus heiterem Himmel oder passiert davor oder danach noch etwas?“). Erarbeiten sie zur Wiederholung die Elemente eines Deliktkreises.

Stellen Sie sicher, dass dem Pat. verständlich wird, dass die Phase vor dem sexuellen Übergriff Stunden bis Jahre dauern kann, dass sexuelle Kontakte nicht impulsiv und unkontrolliert geschehen, sondern das Ergebnis mehrerer Schritte sind.

Führen Sie die Diskussion dahingehend, dass es individuelle Risikofaktoren und Warnsignale im Vorfeld einer Missbrauchssituation gibt und dass bisherige Erfahrungen im Leben eine Rolle spielen, z.B. wie mit Konflikten umgegangen wird, welche sozialen Kontakte bestehen, welche Einstellungen und Überzeugungen vertreten werden, welche dann wiederum förderlich oder auch schützend wirken können.

Illustrieren Sie anhand eines Beispiels, wie solch eine Kette aussehen könnte. Bei jedem Glied der Kette sind Gefühle, Verhalten und Gedanken zu berücksichtigen. AB 13.1

#### **Beispiel**

1.

**Situation:** Mir wurde vor einer Woche mein Job gekündigt.

**Gefühle:** Ich bin wütend, gekränkt, enttäuscht, deprimiert (Risikofaktor: Bedrückte Stimmungslage).

**Gedanken:** Mir ist alles irgendwie egal. Lasst mich doch alle in Ruhe. Ich taue nichts. (Risikofaktor: Selbstabwertung)

**Verhalten:** Ich habe seit einer Woche keinen Telefonanruf mehr angenommen. (Risikofaktor: sozialer Rückzug).

2.

**Situation:** Ich sehe den Nachbarsjungen Kevin (10 J.) im Garten spielen (Warnzeichen: Kinder beobachten).

**Gedanken:** Er sieht wirklich süß und schüchtern aus. Er guckt mich an, er interessiert sich für mich. (Warnzeichen: Gedanken(-verzerrung), der will was von mir.)

**Gefühle:** Freude, Aufregung.

**Verhalten:** Ich gehe in den Garten hinaus, rufe über den Zaun und schlage dem Jungen vor, dass er rüberkommen möge und ein kleines Bad im Schwimmbecken nehmen könne, es sei doch so heiß heute. (Warnzeichen: Kontakt zu einem Kind aufnehmen.)

**3.**

**Situation:** Kevin kommt in den Garten und bringt sein neues Feuerwehrauto mit herüber. (Risikofaktor: Kind befindet sich im eigenen Garten. Warnzeichen: Ich habe ein Kind in meinen Garten eingeladen.)

**Gedanken:** Der will mit mir spielen, der mag mich. Vielleicht kann ich ihn dazu überreden, dass er sich auszieht und Baden geht. (Warnzeichen: sexuelle Phantasien.)

**Gefühle:** Freude, Aufregung, sexuelle Erregung (Warnzeichen: körperliche Reaktion.)

**Verhalten:** Nett zu dem Jungen sein, ihm eine Cola anbieten mit ihm spielen, ihm ein Bad im Schwimmbecken anbieten. (Warnzeichen: Ausweitung der Kontaktaufnahme.)

**4.**

**Situation:** Kevin zieht sich aus und steigt nackt ins Schwimmbecken. (Warnzeichen: Der Junge läuft nackt durch den Garten.)

**Gedanken:** Der sieht schnuckelig aus. Der hat gar keine Hemmung sich auszuziehen, vielleicht findet er es schön von mir betrachtet zu werden. (Warnzeichen: „Rosa Brille“.)

**Gefühle:** Sexuelle Erregung, Freude, Aufregung (Warnzeichen: sexuelle Erregung)

**Verhalten:** Den Jungen nach dem Bad abtrocknen und am ganzen Körper mit Sonnencreme einreiben. (Warnzeichen: So fing der letzte sexuelle Missbrauch ebenfalls an.)

### **Inhalt und Aufbau eines Schutzplans**

Stellen Sie dem Pat. folgende Frage: „Wie muss ein von Ihnen schriftlich verfasster Plan aussehen, damit er Ihnen dabei hilft, zukünftig sexuelle Kontakte mit Kindern zu verhindern?“

Wichtige Punkte:

- Vorhandenes Bewusstsein über individuelle Risikosituationen (z.B. Einsamkeit, Enttäuschungen) und Umgang mit diesen Situationen
- Vorhandenes Bewusstsein über individuelle Warnzeichen (z.B. vermehrter Alkoholkonsum, Internetsuche nach Missbrauchsdarstellungen) und entsprechenden Bewältigungsstrategien

- Identifizierung von individuell gefährlichen und ungefährlichen Kontaktsituationen mit Kindern
- Vertrauenspersonen (Psychische Unterstützung, seine Sorgen mitteilen können. Gefühl nicht einsam zu sein. Vorbeugung sexueller Übergriffe dadurch, dass man andere Menschen, die einem wichtig sind, nicht enttäuschen will, usw.)

### **Risikofaktoren**

Diskutieren Sie folgende Frage: „Kennen Sie von sich Faktoren bzw. Bedingungen, welche das Risiko, einen sexuellen Missbrauch zu begehen, erhöhen, wenn ja welche? In welchen Lebensbereichen gab es Schwierigkeiten, in welchen vielleicht auch positive Ereignisse? Sehen Sie einen Zusammenhang von Lebensereignissen sowie Konfliktsituationen und der erhöhten Gefahr für einen sexuellen Missbrauch?“

Notieren Sie die Antworten. Risikofaktoren können eine Situation, Gefühle, Gedanken oder Verhalten sein.

Beispiele:

- **Situation:** Auf einen Spielplatz gehen, ein Schwimmbad besuchen, etc.
- **Gedanken:** „Mir ist alles egal, ich habe nichts zu verlieren“. „Ich bin nicht liebenswert,“, „Ich bin nicht schlau genug“....
- **Gefühle:** Wut, Traurigkeit, Gleichgültigkeit, Einsamkeit, etc.
- **Verhalten:** Verminderung der Kontrollfähigkeit durch Konsum von Alkohol oder anderen Drogen. Einen Streit mit dem besten Freund haben. Durch eine Prüfung fallen.

Bitten Sie den Pat. anschließend, die Risikofaktoren aufzuschreiben (AB 13.1)

**Hausaufgabe:** Bitten Sie den Pat. diese Liste zu Hause zu vervollständigen.

### **Warnzeichen**

Diskutieren Sie folgende Frage: „Woran können Sie erkennen (Gefühle, Gedanken, Verhalten), dass Sie bereits auf einen sexuellen Missbrauch zusteuern? Wie sehen bei Ihnen die ersten Schritte vor einem sexuellem Übergriff aus?“ Erläutern Sie, dass man diese Schritte Warnzeichen nennt. Jedes Glied der Kette greift ins nächste. Warnzeichen können individuell ganz unterschiedlich sein. Jedoch lassen sich bei derselben Person Gemeinsamkeiten der Warnzeichen erkennen, sofern jemand bereits mehrere Straftaten begangen hat.

Erläutern Sie, je früher die Intervention erfolgt, umso größer ist der (zeitliche) Handlungsspielraum und umso größer sind die Erfolgsaussichten.

Bitten Sie den Pat. anschließend, die gefundenen Warnzeichen aufzuschreiben (AB 13.2, S. 1-2)

**Hausaufgabe:** Bitten Sie den Pat. diese Liste zu Hause zu vervollständigen und die Warnzeichen nach Gefährdungspotential zu nummerieren.

### 13.2: 36. Sitzung: Risikofaktoren und Warnzeichen II

#### Hausaufgabenbesprechung

Bitten Sie den Patienten um Rückmeldungen bezüglich der Hausaufgaben der letzten Therapiesitzung und fragen Sie ihn ob er weitere für ihn zutreffende Risikofaktoren und Warnsignale hat finden können? Wenn ja, welche?

#### **Beispiele zum Umgang mit Risikofaktoren und Warnsignalen**

Nennen Sie dem Patienten ein Beispiel, wie ein Plan zum Umgang mit einem Warnsignal aussehen könnte. Verwenden Sie untenstehendes Beispiel oder ein anderes.

Beispiel:

##### **Warnsignal:**

Internetsurfen, Suche nach pädophil-pornografischem Bildmaterial

##### **Was kann ich zur Vorbeugung tun?**

Internetanschluss kündigen, surfen nur noch in öffentlichen Internetcafés.

##### **Welche(r) Gedanke(n) sind in der Situation hilfreich?**

„Wenn ich stundenlang im Internet surfe, verschwende ich nur meine Zeit. Ich wurde bereits zweimal wegen Besitz von kinderpornografischem Material verurteilt. Das Surfen macht mich nicht glücklicher, nachher bin ich erschöpft, ärgere mich und habe ein unbefriedigendes Gefühl.“

##### **Wie kann ich mich in der Situation verhalten?**

Eine Vertrauensperson anrufen und ihr davon berichten. Sport machen, Joggen oder spazieren Gehen. Meine Gedanke und Gefühle ins Tagebuch schreiben. Mich selbst befriedigen und dann den Stecker vom Computer rausziehen, usw.

Erarbeiten Sie mit dem Pat. Präventionsstrategien bzw. Bewältigungsstrategien bezüglich Verhalten und Gedanken von mindestens einem Risikofaktor und einem Warnzeichen.

Bitten Sie den Patienten als Hausaufgabe für jeden Risikofaktor und für jedes Warnzeichen Strategien zum Umgang damit aufzuzeichnen (HA 13.1). Geben Sie ihm ausreichend Arbeitsblätter mit (10-20).

Teilen Sie das Arbeitsblatt W 13.1 aus. Hierauf sind noch einmal die einzelnen Schritte zur Erstellung eines Schutzplanes für den Patienten zusammengefasst.

#### **Vertrauenspersonen**

Diskutieren Sie folgende Fragen: Welche Freunde, Bekannte oder Familienmitglieder, die über Ihre pädophile Neigung informiert sind und denen Sie sich mit ihren Sorgen anvertrauen können gibt es? Wie haben Sie diese darüber informiert? Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht? Haben Sie

Ablehnung oder Verständnis erlebt? Können Ihnen Vertrauenspersonen helfen, sexuelle Kontakte zu Kindern in Zukunft zu vermeiden? Falls es bisher niemanden gibt, dem Sie sich anvertrauen können, wer könnte dafür in Frage kommen? Wie könnten Sie ihr/sein Vertrauen gewinnen?

**Rollenspiele:** Es ist davon auszugehen, dass viele Patienten außerhalb der Therapie keinen Menschen kennen, welchem sie sich anvertrauen könnten. Spielen Sie ggf. eine Situation nach, in welcher ein Patient einer ihm nahe stehenden Person seine pädophile Neigung mitteilt.

Bitten Sie den Patienten, das Blatt HA 13.2 zu Hause auszufüllen. Sollte er keine Vertrauensperson benennen können, so sollten hier Personen aufgeführt werden, welche dafür in Frage kommen könnten.

### 13.3: 37. Sitzung: Vorstellung des Schutzplans

#### Tagebuchführung

#### Rückfallpräventionsplan

Lassen Sie den Pat. seinen Rückfallpräventionsplan vorstellen und bearbeiten Sie jede genannte Strategie unter Berücksichtigung der folgenden Punkte:

- Praktikabilität
- Zielorientierung
- Vorhandensein von Zwischenzielen
- problemfokussierte Bewältigungsstrategien
- Handeln, Denken und Fühlen des „zukünftigen Ich“

Geben Sie dem Pat. eine Rückmeldung:

- Was hat er gut gemacht in seinem Plan?
- Gibt es Vorschläge für Ergänzungen?

Verwenden Sie ggf. Rollenspiele, um Risikosituationen nachzuspielen. Der Gesamte (Rückfall-)Präventionsplan besteht aus den aufgeführten Risikosituationen und Warnzeichen sowie aus den dazugehörigen Strategien zum Umgang mit einem Risikofaktor bzw. einem Warnzeichen.

## Modul 14: Verabschiedung

### 14.1: 38. Sitzung: Verabschiedung

#### Ziele

- *Sammeln von negativen und positiven Kritikpunkten*
- *Rückblick (was habe ich erreicht) und Ausblick (was ist mein nächstes Ziel)*
- *Feedback*
- *Verabschiedung*

### **Theoretische und praktische Informationen**

*Ebenso wie ein gelungener Einstieg in die Behandlung ist eine gelungene Verabschiedung für den Behandlungserfolg von großer Bedeutung. Es ist wichtig dem Pat. zu vermitteln, dass er jetzt ohne die Therapie fähig sein sollte, sein Leben so zu gestalten, wie er es möchte und dass die Therapie nur der Anfang war für die weiteren noch folgenden Veränderungen. Weiterhin ist es erforderlich, dass der Pat. mit Optimismus der Zukunft entgegen sieht, weiter motiviert Veränderungen verfolgt und Unterstützung durch andere in positiver Erinnerung und als Zukunftsmodell behält.*

**Hinweis:** *Obwohl in der Abschlusssitzung Zeit für den Abschied verwendet wird, ist es wichtig den Pat. bereits einige Sitzungen vorher auf die anstehende Abschlusssitzung aufmerksam zu machen und bereits vorher Zeit für die Diskussion von Gedanken und Gefühlen einzuräumen. Es ist wichtig, die Behandlung nicht abrupt enden zu lassen.*

### **Tagebuchführung**

Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass ein Fortführen des Tagebuches über die Therapie hinaus beibehalten werden sollte, wenn dies als hilfreich erlebt wurde.

- Der Pat. muss verstehen, dass die Lernerfolge der einzelnen Therapiemodule nicht statisch sind und mit der Behandlung zu Ende sind, sondern dass eher jetzt durch die Behandlung neue Voraussetzungen für zukünftige Veränderungen geschaffen worden sind.
- Sammeln Sie positive und negative Kritikpunkte.
- Geben Sie dem Pat. die Möglichkeit für Rückblick (was habe ich erreicht) und Ausblick (was ist mein nächstes Ziel).
- Geben Sie dem Pat. ein ausführliches Feedback.



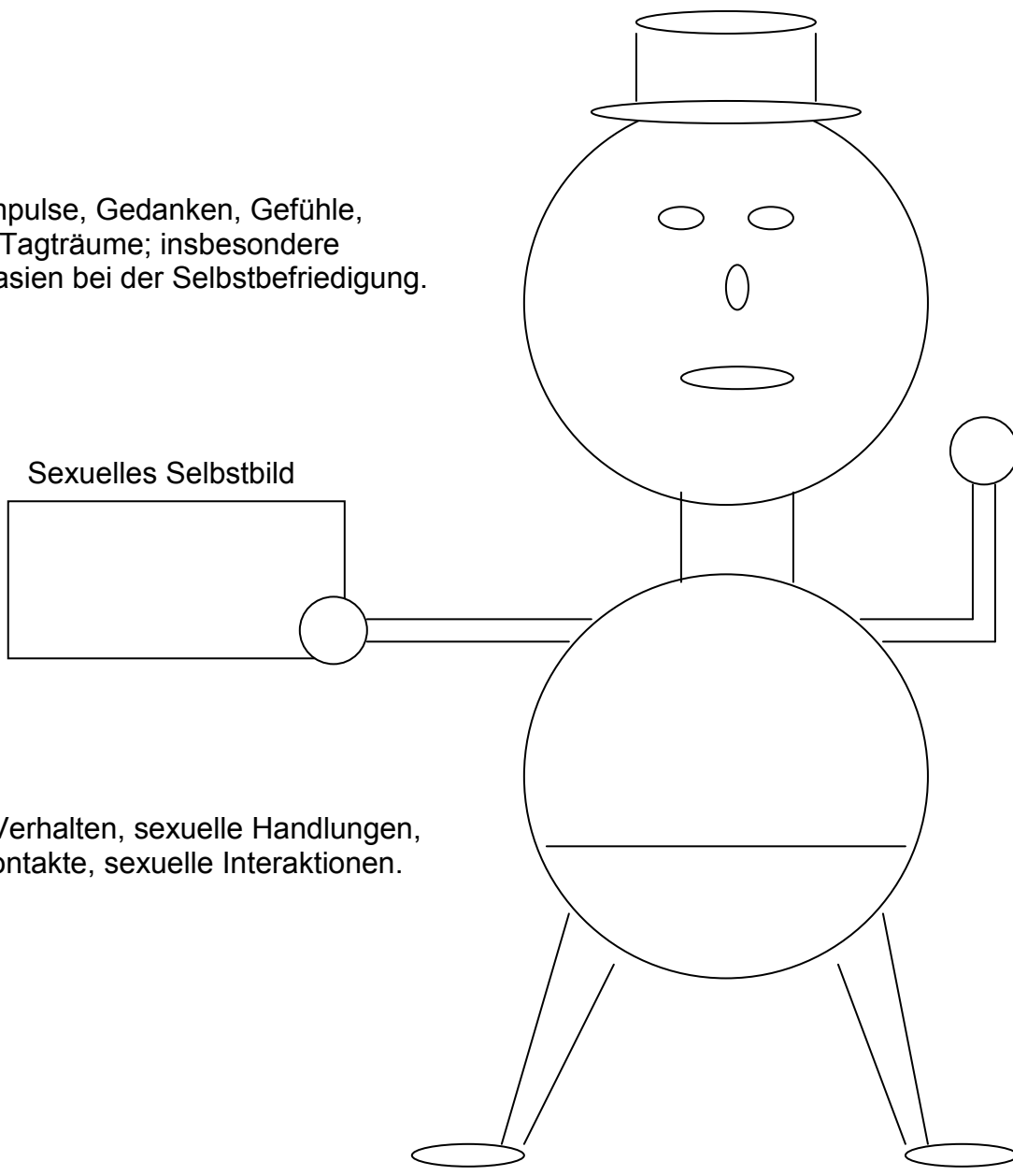
## **Anhang II**

### **Arbeitsmaterial zum Manual**

# Das sexuelle „Präferenzmännchen“

**Kopf:**  
Sexuelle Impulse, Gedanken, Gefühle,  
Fantasien, Tagträume; insbesondere  
Begleitfantasien bei der Selbstbefriedigung.

Sexuelles Selbstbild



**Bauch:**  
Sexuelles Verhalten, sexuelle Handlungen,  
sexuelle Kontakte, sexuelle Interaktionen.

**1. „Im Kopf“**

Wie viel Prozent Ihrer **Fantasien bei der Selbstbefriedigung** fallen auf welches Geschlecht? Auf welcher Entwicklungsstufe (Kind / Teenager / Erwachsener) und in welcher Altersspanne befinden sich Ihre Sexualpartner in der Fantasie?

**Kinder (vor der Pubertät):**

Mädchen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Jungen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Teenager / Jugendliche (ab bzw. in der Pubertät):**

Mädchen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

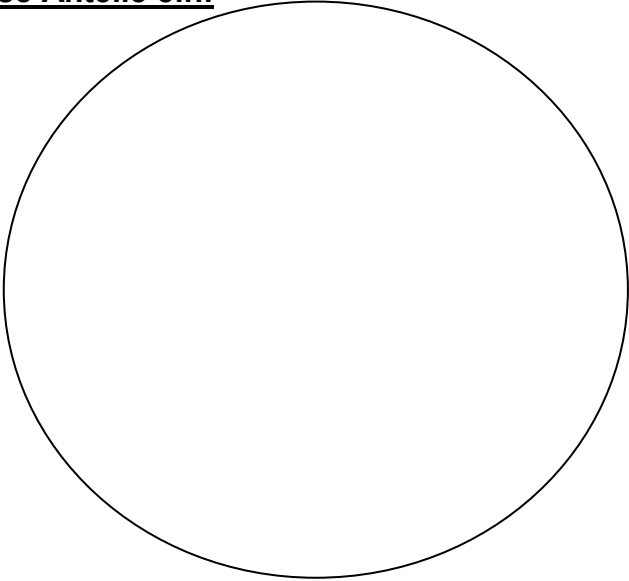
Jungen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Erwachsene (nach der Pubertät):**

Frauen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Männer : \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Zeichnen Sie bitte diese Anteile ein:**



**2. „Im Bauch“**

Wie viel Prozent und wie viele (Anzahl) Ihrer sexuellen Kontakte mit anderen Menschen (z.B. Petting, Geschlechtsverkehr u.s.w.) fallen auf welches Geschlecht und in welche Altersgruppe? In welcher Altersspanne befanden sich Ihre Sexualpartner?

**Kinder (vor der Pubertät):**

Mädchen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

Jungen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

**Teenager / Jugendliche (ab bzw. in der Pubertät):**

Mädchen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

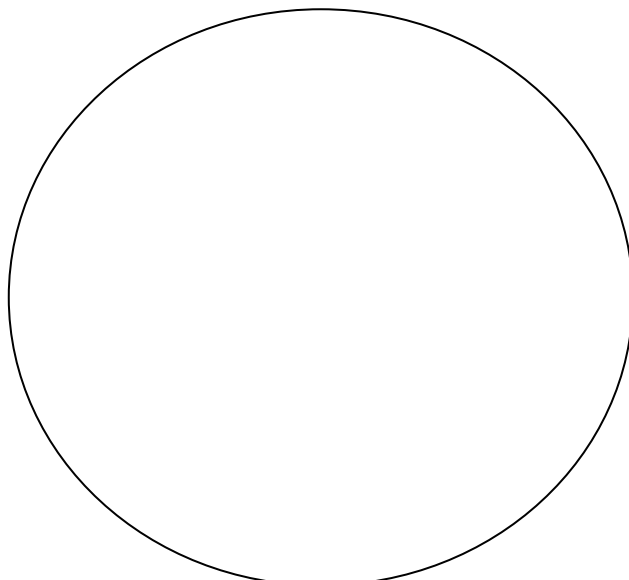
Jungen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

**Erwachsene (nach der Pubertät):**

Frauen: \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

Männer : \_\_\_\_\_ %, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; Anzahl gesamt ca. : \_\_\_\_\_

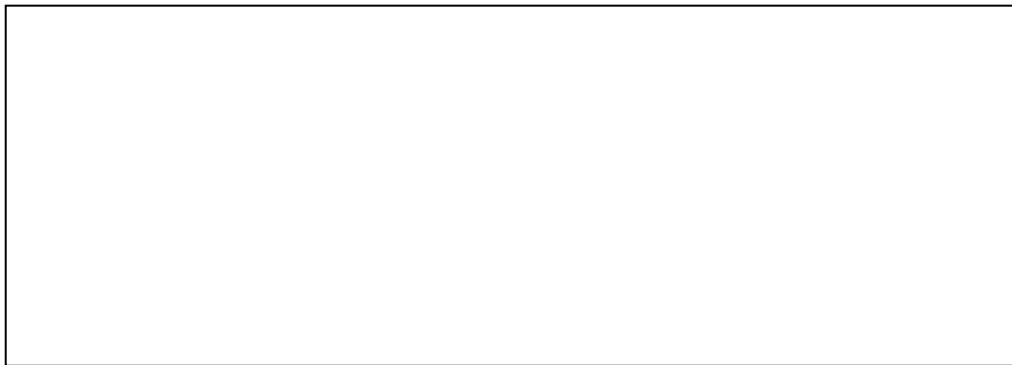
**Zeichnen Sie bitte die Anteile ein:**



**3. „Sexuelles Selbstbild“**

Wie sehen Sie sich selbst in sexueller Hinsicht? Wie sind Sie? / Wie „ticken“ Sie? / Wie funktionieren Sie? / Wie bezeichnen Sie sich selbst? / Wie definieren Sie sich in sexueller Hinsicht? (z.B. „normal“, „pervers“, „Macho“, „Softie“, „Vamp“, „Mauerblümchen“, „lesbisch“, „schwul“ u.s.w.).

**Bitte formulieren Sie ihr sexuelles Selbstbild:**



**Meine Therapieziele und -erwartungen**  
(Hausaufgabe)

**Welche Themen waren in den ersten beiden Therapiesitzungen für Sie wichtig?**

---

---

---

**Was möchten Sie für sich in dieser Therapie erreichen? Welche Ziele haben Sie?**

---

---

---

**Was glauben Sie, wollen die Therapeuten mit der Therapie erreichen? Welche Ziele verfolgen sie?**

---

---

---

**Welche persönlichen Stärken (Charaktereigenschaften, Wissen etc.) und welche sonstigen Umstände (sozial, finanziell etc.) können Ihnen ihrer Meinung nach helfen, Ihre Ziele zu erreichen?**

---

---

---

**Was wird nach der Therapie anders sein, wenn Sie ihre Ziele erreicht haben?**

---

---

## Prinzipien für Akzeptanz

### AKZEPTANZ

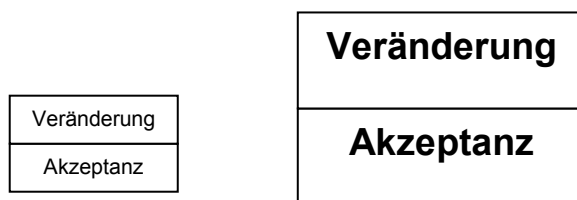
- Akzeptanz bedeutet, aufhören gegen etwas zu kämpfen.
- Akzeptanz ist das Anerkennen dessen, was ist.
- Akzeptanz ist die Entscheidung, den Augenblick zu ertragen.
- Akzeptanz heißt nicht, etwas gut zu heißen.
- Akzeptanz ist letztlich der einzige Weg aus dem Leid heraus, wenn etwas unveränderlich ist.

### ENTSCHEIDUNG FÜR EINEN NEUEN WEG

- Akzeptanz der Realität, so wie sie ist, erfordert eine bewusste Entscheidung.
- Verpflichten Sie sich innerlich zur Akzeptanz.
- Die Verpflichtung zur Akzeptanz ist nicht die Akzeptanz selbst, aber der erste Schritt auf einem neuen Weg.
- Den Schritt zur Verpflichtung müssen Sie immer wieder erneuern. Manchmal kann es nötig sein, ihn innerhalb weniger Minuten zu wiederholen.

### AKZEPTANZ UND VERÄNDERUNG

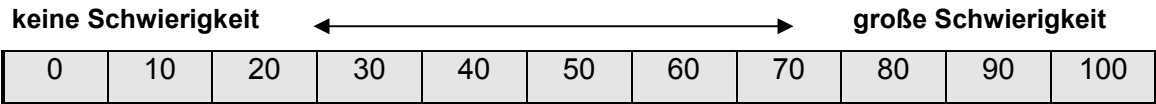
Die Akzeptanz der eigenen sexuellen Neigung dient als Fundament für Veränderungen im sexuellen Verhalten. Nur ein ausreichend stabiles Fundament kann zu einer spürbaren Veränderung führen.



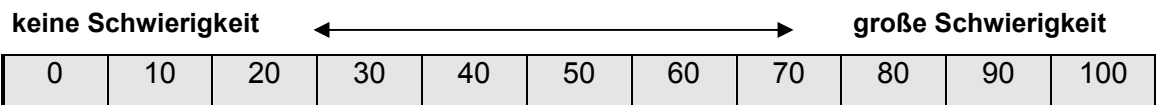
- Akzeptanz erfordert die Aufgabe, die Realität verändern zu wollen.
- Akzeptanz ist das Bekenntnis zu Beweglichkeit.
- Beweglichkeit heißt, nicht aufzugeben.
- Beweglichkeit heißt, tätig zu werden, wenn es nötig ist zu handeln.
- Beweglichkeit heißt, notwendige Veränderungen zu vollziehen.

# Imagination zur Selbstbeobachtung

Zu Kontaktsituation 1



Zu Kontaktsituation 2





## Selbstbeobachtungsprotokoll

**AB 2.2a**

Bitte beschreiben Sie, was Sie gesehen und gefühlt haben!

<b>Kontaktsituation 1</b>	<b>Verhalten der Kontaktperson</b>	<b>Eigene Körperempfindungen</b>	<b>eigene Gefühle</b>
<p><b>Ich komme in einen überfüllten Bus und habe eine lange Fahrt vor mir.</b></p> <p><b>Ein Mann hat einen Platz neben sich mit seiner Tasche und einer großen Einkaufstüte besetzt. Ich gehe zu dem Mann hin und bitte ihn, seine Sachen runter zu nehmen, damit ich mich dort hinsetzen kann.</b></p>			

## Selbstbeobachtungsprotokoll

**AB 2.2b**

Bitte beschreiben Sie, was Sie gesehen und gefühlt haben!

<b>Kontaktsituation 2</b>	<b>Verhalten der Kontaktperson</b>	<b>Eigene Körperempfindungen</b>	<b>eigene Gefühle</b>
<p>Ich sitze in einen überfüllten Bus. Meine Tasche und eine schwere Einkaufstüte habe ich neben mir auf den freien Platz am Fenster gestellt. Gerade habe ich meine Zeitschrift aufgeschlagen, als ein Mann zu mir kommt und mich auffordert, den Platz neben mir frei zu machen.</p>			

## Selbstbeobachtungsprotokoll 1

Beschreiben Sie jeden Tag eine Kontaktsituation mit einem Erwachsenen oder einem Kind: **Wer und wo war das? Wie hat die Person sich verhalten? Was haben Sie erlebt? (Ein Blickkontakt zählt ebenfalls als Kontakt.)**

Tag	Kontaktsituation (Erwachsener)	Verhalten der Kontaktperson	Körpererleben	Gefühle
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

## Selbstbeobachtungsprotokoll 2

Beschreiben Sie jeden Tag eine Kontaktsituation mit einem **Kind**: Wer und wo war das? Wie hat sich das Kind verhalten? Was haben Sie erlebt? (Ein Blickkontakt zählt ebenfalls als Kontakt.)

Tag	Kontaktsituation (Kind)	Verhalten des Kindes	Körpererleben	Gefühle
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

## **Patientenberichte nach medikamentöser Behandlung**

Viele Patienten, die am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin auf eigenen Wunsch antiandrogene Medikamente erhalten haben, berichten von der Wirkung in eindrucksvollen Bildern:

- „Ich wusste gar nicht, dass ich mich auch mit anderen Sachen beschäftigen kann, als mit Kindern (gemeint: sexuelle Fantasien). ... Ich bin über meine anderen Interessen, die ich bemerke seitdem ich die Medikamente nehme, selber überrascht.“
- „Ich habe das Gefühl, als habe mir früher immer das Wasser bis zum Kinn gestanden und ich musste ständig auf Zehenspitzen stehen, um die Nase über Wasser zu halten. Seit ich die Medikamente nehme, sinkt der Wasserstand. Ich kann völlig entspannt dastehen und mich umsehen, was sonst noch so los ist, weil ich nicht mehr zu 100 % fortwährend damit beschäftigt bin, nicht zu ersaufen. Richtig entspannend kommt mir das Leben jetzt manchmal vor.“
- „Ich hatte immer das Gefühl, als sei ich in einem Schwimmbecken mit anderen Menschen um mich herum und ich muss immer einen großen, rutschigen Gummiball unter Wasser halten, weil die anderen den auf keinen Fall sehen dürfen. Würden die anderen sehen, dass ich diesen Gummiball habe, würden sie mich sofort verstoßen. Also muss ich fortwährend alle Kraft darauf verwenden, diesen großen, rutschigen Gummiball unter Wasser gedrückt zu halten, was meine ganze Kraft und Konzentration beansprucht. Ich kann nie mit anderen schwimmen oder einfach nur reden, weil ich immer aufpassen muss, dass mir der Ball nicht hochflutscht. ... Seit ich die Medikamente nehme, ist aus dem Ball die Luft raus. Er ist klein und schlapp geworden und ich kann ihn leicht verstecken, muss ihn nicht mehr mit Kraft unter Wasser gedrückt halten und kann viel besser wahrnehmen, was um mich herum geschieht und mich auch mal ungezwungen mit anderen unterhalten, weil ich nicht mehr ständig (unter)drücken muss. Eine richtige Befreiung“.
- „Bevor ich Medikamente bekam, habe ich mich Tag und Nacht mit nichts anderem beschäftigt, als mit Kindern. Tag und Nacht, rund um die Uhr. Alles drehte sich immer nur um Jungs. Ich konnte mich auf nichts Anderes konzentrieren. Ob ich wollte oder nicht, ich habe am Fernsehen ausschließlich nach Sendungen mit Jungs gesucht und manchmal ganze Nächte im Internet Bilder von Jungen gesucht, gespeichert und archiviert. Ich musste mich fünf bis sechs Mal täglich selbst befriedigen. Es dauerte von Mal zu Mal länger bis ich einen Orgasmus bekommen habe. Stundenlang war ich allein damit beschäftigt und am Ende fix und fertig. Bis ich quasi vor Erschöpfung einschlief ... obwohl ich defakto nichts Vernünftiges gemacht hatte. Keinen Job, keine Arbeit, keine sinnvollen Sachen ... und war trotzdem total vereinnahmt und kaputt. ... Seit ich die Medikamente nehme, habe ich das Gefühl, als hätte ich erstmalig in meinem Leben den Kopf frei ... wie durchgeblasen ... ich merke plötzlich, dass ich mich auch noch für andere Sachen interessiere, als für Jungen. ... Ich finde Amnesty-International super und kann mich mit deren Projekten beschäftigen ...

Die kümmern sich auch um zu Unrecht Gefangene. ... Ich habe das Gefühl, als sei eine Last von mir abgefallen. ... Wenn ich mich jetzt selbst befriedige, dann ist das maximal ein bis zwei Mal am Tag und dabei kann ich mich dann aber auch richtig entspannen. ... Auch wenn das durch die Medikamente längst nicht mehr so gut klappt: Man kriegt schwerer eine Erektion, die ist auch nicht mehr so hart ist und es dauert länger, bis man kommt und es kommt mit der Zeit auch weniger raus. Dafür hat man aber auch nicht so oft Lust es zu machen und das ist es mir wert“.

○ „Ich habe das Gefühl, seit ich die Medikamente nehme, überhaupt viel durchlässiger zu sein. Früher habe ich wie in einer Rüstung gelebt, in einem Panzer, immer bestrebt, mich und meine Gefühle zu verstecken. Dieses Bedürfnis ist jetzt weg. Ich erzähle zwar nicht Jedem, was ich denke und fühle, aber ich bin viel offener und nicht mehr so ängstlich, dass mich jemand entdecken und outen könnte, dass man mir ansehen könnte, wie ich bin. Auch anderen Erwachsenen gegenüber bin ich gelassener und entspannter, weil ich eben nicht mehr fortwährend das Gefühl habe, etwas verstecken zu müssen. Es ist da, aber es stört nicht mehr so. Auch Begegnungen mit Jungen sehe ich jetzt nüchterner und distanzierter. ... Gegen die Liebe helfen die Medikamente aber nicht ... verknallt habe ich mich trotzdem wieder, aber vorsichtig mit meinen Gefühlen umzugehen und nicht kopflos in irgendwelche Situationen zu rauschen, das fällt mir jetzt viel leichter. ... Dabei muss man aber auch aufpassen, dass man sich nicht quasi auf die Medikamente verlässt und die eigene Verantwortung auf die Medikamente verschiebt. Bevor Kevin einmal übers Wochenende zu mir kam, habe ich extra die doppelte Dosis genommen, in der Hoffnung, dass ich dann cooler bleibe. Das war aber ein Trugschluss. Ich war vielleicht weniger geil, aber genauso verknallt und musste mich selbst unheimlich am Riemen reißen, um nicht zu weit zu gehen“.

○ „Also es ist schon ein Hammer, wenn man sich vorher mehrmals täglich selbst befriedigt hat und jetzt plötzlich nur noch 1 x die Woche und dass das dann auch bei weitem nicht mehr so abgeht. Aber ich würde die Medis immer wieder nehmen, weil man eben viel mehr Ruhe hat. Ich habe meine ganze Bildersammlung verschrottet, weil mir meine eigene Sammelei jetzt seit dem Medikament selber komisch vorkommt und ich fast nicht mehr richtig nachvollziehen kann, wofür ich 4000 Bilder gespeichert hatte, die ich sowieso gar nicht mehr alle angucken kann. ... “

# Medikamente zur Verringerung des sexuellen Verlangens

W 3.1 (1/2)

Die folgenden Medikamente sind nach ihrer Wirksamkeit sortiert.

## 1. Selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

=> mäßig wirksam

**Wirkmechanismen:** Für die Behandlung von Depression und Angst entwickelte Medikamente, welche die Konzentration des Überträgerstoffes Serotonin im Gehirn erhöhen. Dadurch kommt es zu einem langsameren Anfluten von Gefühlszuständen.

**Wirkungen:** Rückgang von Libido, Erektions- und Orgasmusfähigkeit (keineswegs in allen Fällen und geringer ausgeprägt als bei den Antiandrogenen).

**Nachteil:** eher geringe Triebdämpfung

**Vorteil:** keine Schädigung der Hoden

**Dosierungen:** Am besten untersucht: Fluoxetin. Mittlere Dosis 40-60 mg/Tag, Wirkungseintritt nach 2-4 Wochen, maximale Wirksamkeit nach 2-3 Monaten.  
Alternativen: Fluvoxamin (Fevarin® 200-300 mg/Tag) und Paroxetin (Seroxat®, Tagonis® 20-40 mg/Tag)

## 2. Antiandrogene I: Cyproteronacetat (Handelsname: Androcur®)

=> gut wirksam

**Wirkmechanismus:** Cyproteronacetat ist ein Gegenspieler des männlichen Sexualhormons Testosteron.

Es ist in der Lage, die Wirkung der männlichen Geschlechtshormone im menschlichen Körper abzuschwächen. Testosteron verliert im Gehirn (dadurch Minderung der Libido) und an anderen Stellen im Körper (z.B. Minderung von Bart- oder Brusthaar, jedoch nicht Kopfhaar) seine Wirkung, weil die Andockstellen (Rezeptoren) von dem Medikament besetzt werden.

**Wirkungen:** Fast immer: Rückgang von Libido, Erektions- und Orgasmusfähigkeit

Oft: Vermehrte Wahrnehmung von Zärtlichkeits- und Zuwendungsbedürfnissen

Ganz selten: Die Libido und die sexuellen Fantasien bleiben unbeeinflusst

**Nebenwirkungen:** erhöhte Leberwerte, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Brustwachstum, Gewichtszunahme, Thrombosen (Blutgerinnsel)

**Vor- und Verlaufsuntersuchungen:** Untersuchung der Spermienqualität, Überprüfung der Leberwerte alle 2-3 Monate

**Dosierung:** 300-600 mg als Injektion in den Muskel alle 2 Wochen oder 50-100 mg täglich als Tablette; die Injektion ist aufgrund der geringen Leberbelastung immer vorzuziehen.

### 3. Antiandrogene II: GnRH-Analoga (Handelsname: Decapeptyl®)

=> sehr gut wirksam

**Wirkmechanismus:** Die Hoden werden normalerweise durch einen Signalstoff (Hormon) vom Gehirn dazu aufgefordert Testosteron zu produzieren. Das Medikament bewirkt, dass dieser Signalstoff nicht oder kaum noch hergestellt wird. Daher bekommt der Hoden keinen Auftrag mehr Testosteron zu produzieren.

**Wirkungen** s. Cyproteronacetat

**Besonderheit:** Zu Beginn der Behandlung wird zuviel Testosteron produziert, daher muss für die ersten 6 Wochen der Behandlung zusätzlich das oben genannte Medikament (Cyproteronacetat) gegeben werden.

**Nachteil:** In manchen Fällen kann es dazu kommen, dass der Hoden auch nach dem Absetzen des Medikamentes kein Testosteron und keine funktionsfähigen Spermien mehr produziert.

**Vorteil:** Gute allgemeine Verträglichkeit



AB 4.1 (1/3)







## Imagination zur Selbstbeobachtung (A)

AB 4.2 A

Ich möchte mit Ihnen gerne eine Übung machen, bei der Ihr Vorstellungsvermögen gefragt ist. Bei uns Menschen wird das, was wir uns vorstellen bunter und reicher, also realistischer, wenn wir uns vorher entspannen können. Daher:

- **Setzen Sie sich aufrecht aber bequem hin.**
- **Versuchen Sie mit Ihren Füßen Kontakt zum Boden zu haben. Spüren Sie den Fußboden?**
- **Schließen Sie jetzt die Augen.**
- **Atmen Sie einmal tief ein und lassen Sie sich anschließend viel Zeit beim Ausatmen. – Gleich noch einmal...**
- **Konzentrieren Sie sich ganz auf Ihren Atem. Ruhig ein und ausatmen. Beobachten Sie sich dabei....**

**Stellen Sie sich jetzt folgende Situation vor:**

Es ist ein herrlicher Sommertag. 26 Grad, strahlend blauer Himmel. Sie haben frei. Sie sitzen in einem Park auf der Wiese oder einer Bank und lesen Zeitung. Wie sieht es da aus? Sind da andere Menschen? Sonnen die sich?...Und sie? Sitzen Sie im Schatten oder lieber in der Sonne.... Wie fühlt sich das an? Können Sie die Wärme spüren?.... Riechen Sie den Sommer? Linden, vielleicht frisch gemähter Rasen? Sonnencreme?.... Lassen Sie sich Zeit, bis die Situation für Sie immer echter wird, Sie riechen und fühlen können, wo Sie sind. ....Lassen Sie den Blick schweifen und beobachten Sie alles....Wie geht's Ihnen jetzt?

Plötzlich bemerken Sie einen 40-jährigen Mann, den sie vorher noch nie gesehen haben. Stellen Sie sich den Mann vor: Er ist groß, schlank und gut trainiert. Sein Haar ist schon etwas schütter und grau, er trägt einen Bart... Können Sie ihn sich vorstellen? Sehen Sie ihn? Was hat er an? Wo liegt er? Oder sitzt er?...

Der Mann schaut manchmal zu Ihnen herüber.

Was denken Sie.... Warum guckt der?

Was fühlen Sie jetzt?

Verabschieden Sie sich jetzt aus der Situation und kommen Sie zurück in diesen Raum. - Strecken Sie sich, öffnen Sie die Augen....

Was haben Sie erlebt?

- **Wie ist es Ihnen mit der Übung gegangen? Wie gut konnten Sie sich in die Situation versetzen? Woran lag es Ihrer Meinung nach?**
- **Was haben Sie in der Vorstellung gedacht, welche Gedanken schossen Ihnen durch den Kopf, als Sie merkten, dass der Mann ab und an rüberschaut?**
- **Was haben Sie gefühlt?**

## Imagination zur Selbstbeobachtung (B)

AB 4.2 B

Ich möchte mit Ihnen die Übung jetzt noch einmal wiederholen:

- **Setzen Sie sich wieder aufrecht aber bequem hin.**
- **Versuchen Sie mit Ihren Füßen Kontakt zum Boden zu haben. Spüren Sie den Fußboden?**
- **Schließen Sie jetzt die Augen.**
- **Atmen Sie einmal tief ein und lassen Sie sich anschließend viel Zeit beim Ausatmen. – Gleich noch einmal...**
- **Konzentrieren Sie sich ganz auf Ihren Atem. Ruhig ein und ausatmen. Beobachten Sie sich dabei....**

**Stellen Sie sich jetzt folgende Situation vor:**

Es ist ein herrlicher Sommertag. 26 Grad, strahlend blauer Himmel. Sie sind wieder in dem Park und haben nichts vor. Sie haben Zeit. Sehen Sie sich und Ihre Umgebung? Wie sieht es da aus? Sehen Sie sich? Sehen Sie die anderen Menschen? ... Wie fühlt sich das an? Können Sie die Wärme spüren?.... Was riechen Sie?....

Lassen Sie sich Zeit, bis die Situation für Sie immer echter wird, Sie riechen und fühlen können, wo Sie sind. ....Lassen Sie den Blick schweifen und beobachten Sie alles....Wie geht's Ihnen jetzt?

Plötzlich bemerken Sie ein Kind, welches sie sehr hübsch finden. Stellen Sie sich das Kind vor: Welches Alter hat es? Junge oder Mädchen? Welche Haarfarbe? ... Was hat es an? Können Sie es sich vorstellen? Sehen Sie es? Was macht es? ...Liegt es...sitzt es? Spielt es?

Jetzt bemerken Sie: Das Kind schaut ab und zu zu Ihnen herüber.

Was denken Sie.... Warum guckt es?

Was fühlen Sie jetzt?

Verabschieden Sie sich jetzt aus der Situation und kommen Sie zurück in diesen Raum. -

Strecken Sie sich, öffnen Sie die Augen....

Was haben Sie erlebt?

- Wie ist es Ihnen mit der Übung gegangen? Wie gut konnten Sie sich in die Situation versetzen? Woran lag es Ihrer Meinung nach?
- Was haben Sie in der Vorstellung gedacht, welche Gedanken schossen Ihnen durch den Kopf, als Sie merkten, dass das Kind ab und an rüberschaut?
- Was haben Sie gefühlt?

**Selbstbeobachtungsprotokoll 3**

Beschreiben Sie jeden Tag eine Kontaktsituation mit einem **Kind**: Wer und wo war das? Wie hat es sich verhalten? Was haben Sie erlebt? Neu ist, dass Sie Ihre Gedanken notieren sollen: Was haben Sie im Kontakt mit dem Kind gedacht?

Tag	Kontaktsituation	Verhalten des Kindes	Gedanken	Körpererleben	Gefühle
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

**Selbstbeobachtungsprotokoll 4**

Beschreiben Sie jeden Tag eine Kontaktsituation mit einem *Kind*: Wer und wo war das? Wie hat es sich verhalten? Was haben Sie gedacht? Was haben Sie gefühlt?

Tag	Kontaktsituation	Verhalten des Kindes	Gedanken	Körpererleben	Gefühle
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

## Was ist ein sexueller Übergriff?

W 4.1

Ein sexueller Übergriff liegt immer dann vor,

1. wenn der andere nicht seine Einwilligung geben kann  
**oder**
2. wenn der andere nicht einverstanden ist.

### **JURISTISCHE DEFINITION:**

**Sexueller Missbrauch von Kindern bezeichnet sexuelle Handlungen an, vor oder mit einem Kind durch eine erwachsen Person oder einen Jugendlichen.** Aufgrund ihres psychosexuellen Entwicklungsstandes können Kinder in diese Handlungen nicht frei und informiert einwilligen. **Nach dem Gesetz sind Personen unter 14 Jahren Kinder.**

### **Sexuelle Übergriffe auf Kinder beinhalten:**

- Verwendung von Missbrauchsdarstellungen (Internet, Zeitschriften)
- Unbemerkt Betrachten eines interessierenden Kindes (Spannen)
- sexuelle Bemerkungen oder Kommentare machen
- Exhibieren (demonstrativ seinen bekleideten oder nackten Körper zeigen), mit oder ohne Masturbation
- pornografisches Material (Bild und/oder Ton) von einem Kind anfertigen oder ihm zeigen
- Kinder zu sexuellen Handlungen an sich selbst veranlassen (z.B. Masturbation)
- Körperliche Kontaktaufnahme, z.B. Fummeln oder Rubbeln, Küssen
- Penetration (Einführen) von Penis, Zunge, Finger oder Gegenstand in Scheide, After oder Mund

### **Ein sexueller Übergriff ist nicht:**

Selbstbefriedigung zu eigenen sexuellen Fantasien mit Kindern sowie Ansehen von legalem Bildmaterial (nicht jedoch Missbrauchsdarstellungen und illegale Internetbilder)

## **Was sind einvernehmliche sexuelle Handlungen?**

Damit echtes Einvernehmen vorausgesetzt werden kann, müssen folgende 2 Bedingungen erfüllt sein:

1. Die andere Person ist vollständig informiert.
2. Die andere Person ist tatsächlich in der Lage eigenständig eine freie Entscheidung zu treffen (Personen über 14 Jahre).

## **Warum gibt es sexuelle Übergriffe?**

Es gibt sexuellen Missbrauch, weil die Entscheidung getroffen wurde, sich so zu verhalten.



## Mythen über sexuelle Übergriffe auf Kinder

- Kinder können über Sex ihre eigene Entscheidung treffen.
- Einige Mädchen und Jungen sind sexuell sehr verführerisch und wollen Erwachsene bewusst sexuell erregen.
- Es tut dem Kind nicht weh, wenn man bloß Liebe zeigt.
- Wenn ich nicht eingedrungen wäre, hätte ich ihr/ihm wirklich nicht wehgetan.
- Das Kind hat sich nicht gewehrt, also muss sie/er es gewollt haben.
- Ich füge keinen Schaden zu, indem ich mich zeige, solange ich das Kind nicht berühre.
- Wenn Kinder mich anschauen, dann wollen sie mich auch sexuell.
- Manche Kinder wollen Sex mit Erwachsenen.
- Kinder wollen genauso ihre Sexualität ausleben wie Erwachsene.
- Es ist besser sein eigenes Kind zu missbrauchen als Ehebruch zu begehen.
- Das Kind behandelte mich mehr als Ehemann, als es seine eigene Mutter tat.
- Sie war so promisk, dass ich ihre Bedürfnisse befriedigen musste, anstatt sie von irgendeinem Kerl schwanger werden zu lassen.
- Ich habe dem Kind alles Mögliche beigebracht, warum nicht auch Sex?
- Ich kann mit dem Kind Sex haben und es wird mich hinterher immer noch lieben.
- Kinder sind kleine Erwachsene.
- Wenn schon die alten Griechen Sex mit Kindern hatten, dann kann das nicht verkehrt sein.
- Wenn das Kind sich weigert, ziert es sich nur.

## Weitere Mythen und falsche Annahmen über sexuelle Gewalt an Kindern

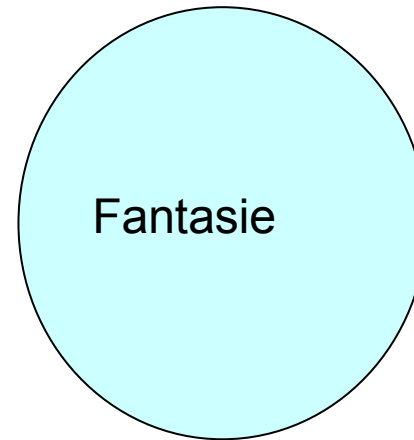
Mythos	Sexuelle Gewalt passiert nicht so oft.
Tatsache	Etwa 9% aller Mädchen und 3% aller Junge werden Opfer sexueller Übergriffe
Mythos	Wenn Kinder NEIN sagen meinen sie eigentlich JA.
Tatsache	Alle Kinder haben das Recht, dass ihnen geglaubt wird, wenn sie JA oder NEIN sagen. Wenn Kinder NEIN sagen meinen sie NEIN.
Mythos	Kinder, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, müssen darum gebeten haben.
Tatsache	Kein Kind genießt es Opfer sexueller Gewalt zu sein. Es ist eine Tat, die gegen seinen Willen ausgeführt wird. Keine Kleidung und kein Verhalten eines Kindes gibt einem Mann das Recht sexuelle Gewalt anzuwenden. Dieser Mythos gibt dem Opfer die Verantwortung für die sexuelle Gewalt, nicht dem Täter, der derjenige ist, der das Verbrechen begeht.

Mythos	Männer üben sexuelle Gewalt aus Kontrollverlust aus.
Tatsache	Studien an überführten Tätern zeigen, dass die meisten sexuellen Straftaten vorausgeplant sind. Männer können ihre sexuellen Impulse kontrollieren. Es ist ihre Verantwortung dies zu tun.
Mythos	Männer die sexuelle Gewalt ausüben sind gefühlsmäßig und geistig labil und unausgeglichen.
Tatsache	Untersuchungen zeigen, dass die meisten Sexualstraftäter von Freunden, Kollegen und Persönlichkeitstests als „normal“ angesehen werden.
Mythos	Der Sexualstraftäter ist dem Opfer meist nicht bekannt.
Tatsache	Tatsächlich sind die meisten Täter den Opfern bekannt. Sie können ein Freund, Nachbar, Bekannter oder Familienmitglied sein.
Mythos	Ein Kind, das nicht geschlagen wurde und keine Schrammen oder Brüche davongetragen hat, kann nicht das Opfer sexueller Gewalt gewesen sein.
Tatsache	Fehlende gebrochene Knochen oder Quetschungen bedeuten nicht, dass ein Kind kein Opfer sexueller Gewalt geworden ist. Die Androhung von Gewalt und das Benutzen von Waffen verursacht ein „Erstarren“ des Kindes und es leistet keinen Widerstand. Das bedeutet nicht, dass es in den gewaltsamen Übergriff einwilligt. Dies bedeutet eher, dass es versucht sich selbst zu schützen. Kinder (wie auch Erwachsene) reagieren in Krisensituationen, einschließlich sexueller Gewalt, unterschiedlich. Einige sind sichtlich erschüttert und aufgebracht, während andere nach außen hin ruhig und kontrolliert wirken. Das ruhige und kontrollierte Opfer kann innerlich genauso aufgewühlt sein, es jedoch nicht so zeigen.

**Selbstbeobachtungsprotokoll 5**

Beschreiben Sie die Situation (z.B. allein zu Hause, beim Anschauen eines Kinderfilms) und die Gedanken (z.B. Ich brauche Entspannung) vor der Selbstbefriedigung. Beschreiben Sie in Stichpunkten wer in ihren sexuellen Fantasien vorkommt und was Sie mit der Person machen. Beschreiben Sie zuletzt bitte Ihre Gefühle nach der Selbstbefriedigung.

Situation davor	Gedanken davor	Sexuelle Fantasie bei der Selbstbefriedigung	Gedanken



unmittelbare  
Wahrnehmung

Interpretation  
Bewertung

Aktuelle  
Befindlichkeit

Einstellungen  
Mythen

## Wahrnehmung „entzerren“

### „Wie kann man wahrnehmen?“

- Wahrnehmung ungerichtet lassen      Ohne Brille
- Wahrnehmung ausrichten              mit Brille
- Wahrnehmung verändern              mit bunter Brille, oder mit Milchglas oder grau....

### „Wie können Sie das tun?“

#### Wahrnehmung ungerichtet lassen

- Beobachten Sie genau!
- Seien Sie aufmerksam, aber offen: ignorieren Sie nichts, konzentrieren Sie sich auf nichts.
- Achten Sie auf das, was Sie wahrnehmen, ohne sich davon einnehmen zu lassen!
- Lassen Sie Ihre Beobachtungen kommen und gehen wie Ihren Atem...
- Interpretieren und bewerten Sie nicht!

#### Wahrnehmung ausrichten

- Beobachten Sie genau!
- Entscheiden Sie sich bewusst, worauf Sie achten wollen!
- Beschreiben Sie, was Sie da wahrnehmen. Geben Sie Ihrem Erleben eine Bezeichnung.
- Benennen Sie, was Sie erleben: „Ich sehe...“; „Ich höre...“; „Ich denke...“; „Ich fühle...“.
- Wenn Sie bewerten und interpretieren, benennen Sie das: „Ich bewerte: der sieht mich an, also scheint er an mir interessiert zu sein“.
- Trennen Sie Tatsachen und Bewertungen voneinander.

## Wahrnehmung verändern

- Entscheiden Sie sich, Ihre Wahrnehmung einzuprägen.
- Konzentrieren Sie sich auf diese Wahrnehmung und entscheiden Sie sich bewusst, etwas daran deutlich zu verändern: Größe, Lautstärke, Geruchsqualität, Temperatur...
- Beobachten Sie den neu entstanden Reiz genau!
- Lassen Sie sich einnehmen!

## Was erreichen Sie mit diesen Wahrnehmungsübungen längerfristig?

- Sie können sich und andere genauer beobachten.
- Sie können sich und andere besser akzeptieren,
- Sie können ungünstige und belastende Situationen und Gedanken ändern.
- Sie können Ihr Erleben beeinflussen.
- Sie können ungünstiges Verhalten ändern.

**Selbstbeobachtungsprotokoll 6**

**Beschreiben Sie Ihre sexuellen Fantasien bei der Selbstbefriedigungen in dieser Woche. Was ging Ihrem Bedürfnis nach Selbstbefriedigung voraus? Welche Gedanken haben Sie im Vorfeld gehabt? Welche Begleitfantasie hatten Sie? Wie haben Sie sich danach gefühlt?**

Situation davor	Gedanken davor	Sexuelle Fantasie bei der Selbstbefriedigung	Gefühle danach

## Wahrnehmung von Gefühlen

Gefühl:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Körpererleben:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Körperhaltung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Stimme:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Sprachliche Äußerung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Verhalten bzw. Verhaltensimpuls:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Gedanken:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_



## Einstellungen zum Umgang mit Gefühlen

1. Anderen Gefühle zeigen heißt Schwäche zeigen.
2. Gefühle kommen und gehen ohne Grund.
3. Einige Gefühle sind falsch.
4. Nur ich kann beurteilen wie ich mich fühle.
5. Andere wissen besser, wie ich mich fühle.
6. Menschen, die Gefühle zeigen, verlieren Kontrolle und Selbstbeherrschung.
7. Nach einem schönen Gefühl kann es nur schlechter werden.
8. Wer Gefühle zeigt, macht sich angreifbar.
9. Unangenehme Gefühle sollte man besser ignorieren.
10. Über Gefühle reden nur Frauen, keine Männer.
11. Gefühle machen abhängig.
12. Ein Gefühl sollte man erst einmal überschlafen.

13. \_\_\_\_\_

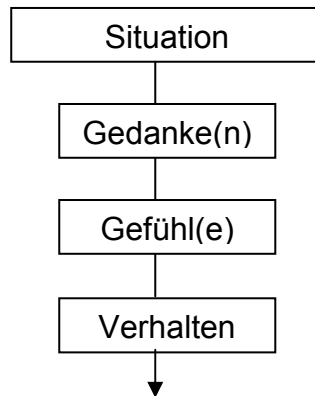
14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

# Denken – Fühlen – Handeln

AB 5.3



## Situation (Beispiel):

Ein Bekannter aus Ihrer Nachbarschaft – ein allein erziehender Vater – ruft Sie nach einer anstrengenden Woche Freitagabend an: Er habe die Gelegenheit, mit einer wunderbaren Frau ein Wochenende ins Umland zu fahren. Das ginge aber nur, wenn Sie bereit wären, das Kind für 2 Tage zu sich zu nehmen. Er fragt, ob Sie dazu bereit wären.

Gedanken:

---

---

---

Gefühle:

---

---

---

Verhalten:

---

---

---

---

## Gefühle

Nachstehend finden Sie einige Äußerungen, hinter denen sich ein Gefühl versteckt. Bitte tragen Sie das dazugehörige Gefühl in die dafür vorgesehene Spalte ein.

Äußerung	Gefühl
Mann zu seiner Frau: „Du hast schon wieder vergessen, die Wäsche aus der Reinigung zu holen!“	
Mutter zu ihrem Sohn, nachdem dieser seine Hausaufgaben schnell und korrekt erledigt hat: „Du bist aber wirklich lieb.“	
Frau zu ihrer Freundin: „In letzter Zeit lässt Du Dich ja überhaupt nicht mehr bei mir sehen!“	
Mann zu Arbeitskollegen: „Bei soviel Schwierigkeiten könnte man wirklich resignieren und alles hinschmeißen!“	
Frau zu ihrem Mann, nachdem dieser ohne Vorankündigung erst spät in der Nacht nach Hause kommt: „Wo warst Du denn bloß die ganze Zeit?“	
Ein Bekannter beschimpft Sie. Sie sagen: „Wir müssen miteinander reden“.	
Ein Bekannter beschimpft Sie. Sie sagen: „Ich will Dich nie wieder sehen!“	
Ein Vater schimpft mit seinem Sohn. Die Mutter sagt daraufhin: Findest Du nicht, dass man mit Peter etwas verständnisvoller umgehen müsste?“	

**Selbstbeobachtungsprotokoll 7**

Beschreiben Sie pro Tag eine Kontaktsituation mit Menschen Ihres Umfelds (erwachsene Frau, erwachsener Mann, erwachsener Partner/-in, Kind, Familienangehöriger etc.). Mit welchen Gedanken haben Sie auf welche Situationen reagiert? Welche Gefühle haben Sie gehabt? Welchen Verhaltensimpuls haben Sie erlebt? Wie haben Sie sich tatsächlich verhalten?

Situation	Gedanken	Gefühle	Verhaltensimpuls	tatsächl. Verhalten

## Gefühle in Kontaktsituationen mit Kindern

AB 5.4

Bitte lesen Sie sich Ihre Selbstbeobachtungsprotokolle 3 und 4 aufmerksam durch und versuchen Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

- 1. Welches Gefühl hat der Kontakt mit dem Kind bei Ihnen ausgelöst?**  
Haben Sie das Gefühl klar benannt? Versuchen Sie es heute noch klarer zu benennen!
  
- 2. Welche Rolle spielt Ihre Beziehung zu dem Kind bei Ihrem Gefühl?**
  
- 3. Welche Gedanken/Bewertungen in der Begegnung tragen zu Ihren Gefühlen bei?** Typische Gedanken sind...Typische Gefühle, die folgen sind...
  
- 4. Welche Unterschiede können Sie zwischen dem Verhalten, das Sie gerne zeigen würden und dem, das Sie tatsächlich zeigen, entdecken? Wie erklären Sie sich Unterschiede?**
  
- 5. Versuchen Sie für jede Begegnung mit einem Kind ein „Motto“ zu formulieren, das den Zusammenhang zwischen der Art der Begegnung und Ihrem Erleben auf den Punkt bringt.** (z. B. „Augen zu und durch, wenn ein Kind mich anspricht“; „Ich versuche jedem Kind zu helfen“...)

# Gefühlswahrnehmung und -beschreibung

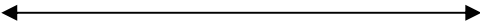
Konzentrieren Sie sich auf das Gefühl, das Sie jetzt, nachdem Sie den Film / das Bild gesehen haben, als vorrangig empfinden. Füllen Sie daraufhin dieses Arbeitsblatt aus, so gut es Ihnen möglich ist.

## Gefühl

---

Wie stark ist Ihr Gefühl?

geringe Intensität



hohe  
Intensität

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Auslösendes Ereignis/Situation für Ihr Gefühl (wer, was, wann, wodurch, wo...?)

---

---

---

Gedanken (Was geht Ihnen durch den Kopf? Welche Bewertungen, Annahmen zum Auslöser haben Sie?)

---

---

---

---

**Körpererleben (Was nehmen Sie in oder an Ihrem Körper wahr?)**

---

---

**Körpersprache (Gesichtsausdruck, Gesten Körperhaltung?)**

---

---

---

**Bedeutung des Gefühls (Welche Bedeutung hat das Gefühl für Sie?)**

---

---

---

**Verhaltensimpuls (Was würden Sie jetzt gerne machen?)**

---

---

---

---

**Aktuelles Verhalten (Was machen Sie jetzt tatsächlich und warum?)**

---

---

---

Wie stark ist Ihr Gefühl jetzt?

**geringe Intensität**



**Hohe Intensität**

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



## Tagebuchführung

Das Führen eines Tagebuches gibt Ihnen die Gelegenheit dazu, auf Zusammenhänge von Gefühlen, Gedanken und Verhalten zu achten und Ihr Verständnis dafür zu vertiefen. Die tägliche Aufzeichnung von Erlebnissen und Reaktionen darauf ist ein gewinnbringender Weg, sich selbst besser kennen zu lernen. Nach einigen Wochen werden Sie bei ihren Tagebucheinträgen routinierter. Durch frühzeitiges Beachten von negativen Denk- und Verhaltensmustern werden Sie in der Lage sein, Wege zu finden, um diese Muster schneller zu ändern.

Die Tagebuchführung ist eine Möglichkeit Erlebnisse zu dokumentieren und zu lernen, wie diese Sie beeinflussen. Das Tagebuch hilft Ihnen, den Unterschied zwischen vorausgehenden Ereignissen und nachfolgenden Reaktionen (Konsequenzen) zu erkennen. Ereignisse sind all die großen und kleinen Dinge, die Ihnen bzw. um Sie herum passieren. Jedes Ereignis, ob groß oder klein, kann Gedanken und Gefühle auslösen. Mit Hilfe der Tagebuchführung werden Sie entdecken, dass Ihre Gedanken und Gefühle und Ihr Verhalten sich wiederholen oder ein wiederkehrendes Muster bilden. So werden Sie ungünstiges Verhalten vorausszusehen lernen und frühzeitig eingreifen können.

### **Notizen machen:**

Sobald Dinge passieren, machen Sie eine Notiz, um sich später an den Vorfall zu erinnern. Machen Sie Notizen über die Ereignisse, auf die sie stark reagiert haben und über die sie noch einige Male später am Tag nachdenken. Die Notiz kann kurz sein (z.B. die Namen der beteiligten Personen, Uhrzeit, ein paar Worte zur Beschreibung des Vorfalls). Sie werden dann später diese Notizen verwenden, um vollständigere Einträge in Ihre Tagebuchseiten zu machen.

### **Täglich Zeit einplanen für die Arbeit am Tagebuch:**

Ohne eine feste Zeit am Tag, zu der Sie sich hinsetzen und Ihr Tagebuch ausfüllen, werden Sie die ganze Aufgabe schnell aus den Augen verlieren. Wenn Sie sich nicht jeden Tag Zeit dafür nehmen, werden Sie wahrscheinlich die kleinen Vorkommnisse übersehen, die wiederholt auftreten, während Sie auf das große Vorkommnis warten. Aus kleinen Ereignissen lernen Sie mitunter am meisten.

### **Gestaltung des Tagebuchs:**

Sie bekommen von uns Tagebuchseiten in ausreichender Anzahl zur Verfügung gestellt.

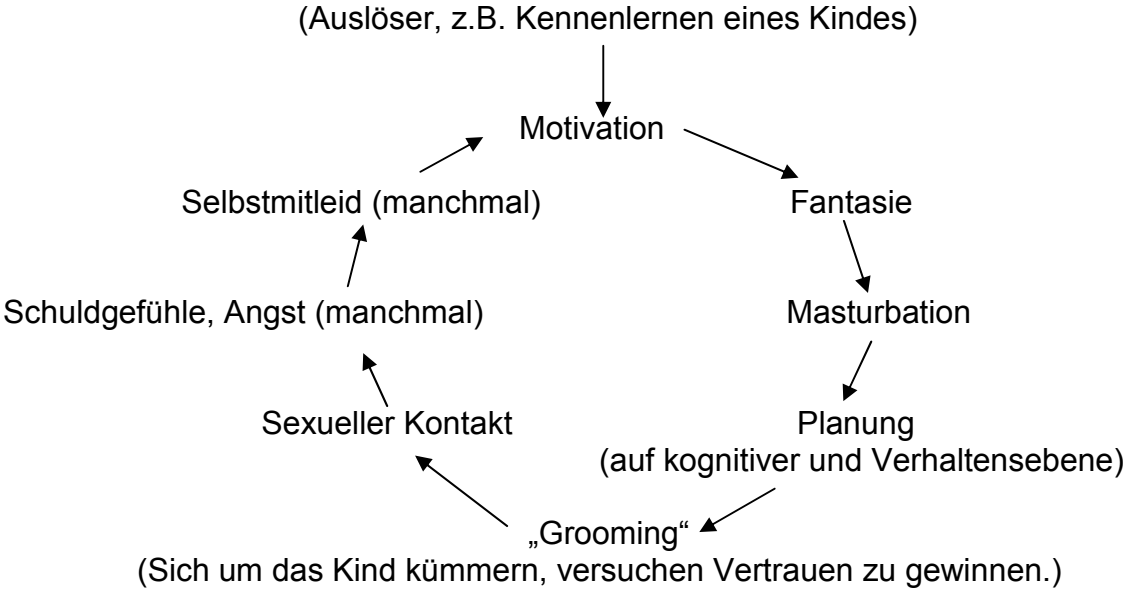
**Anmerkung:** Ihre Tagebuchaufzeichnungen sollten Sie ab jetzt in jeder Therapiesitzung bei Ihrem/Ihrer Therapeuten/Therapeutin abgeben. Die Therapiewirksamkeit soll durch Vergleiche Ihrer Notizen in der zeitlichen Abfolge untersucht werden. Die Tagebuchführung ist verpflichtend für alle Patienten. Selbstverständlich unterliegen alle Aufzeichnungen der Schweigepflicht. Wenn Sie ihre Tagebuchaufzeichnungen für sich behalten wollen, z.B. um nach einigen Wochen erneut vergangene Ereignisse zu betrachten, dann bitte ich Sie darum, sich von Ihren Tagebuchseiten entsprechende Kopien anzufertigen.

Zu Beginn jeder Therapiesitzung werden Sie künftig Gelegenheit haben, von ihren Erfahrungen, Schwierigkeiten oder Erfolgen mit der Tagebuchführung zu berichten.

Tagebuchseite

Situation (mit Datum)	Gedanken	Gefühle/ Körperempfindungen	Verhalten	Konsequenz des Verhaltens

# Sexuelles Erleben in Fantasie und Verhalten



## Leitfaden für das Beschreiben von sexuellem Erleben in Fantasie und Verhalten

HA 6.1 1/2

Beschreiben Sie, welche Fantasie mit einem Kind Sie bei der Selbstbefriedigung als sexuell besonders erregend empfinden. Schildern Sie die fantasierten Handlungen und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle.

Falls Sie bereits einen sexuellen Kontakt zu einem Kind gehabt haben, so schildern Sie bitte diesen (z.B. den ersten oder letzten, den am besten erinnerbaren, den typischsten) unter Berücksichtigung der untenstehenden Punkte.

Formulieren Sie bitte Ihre Ausführungen schriftlich. Versuchen Sie ganze Sätze zu formulieren und Stichworte zu vermeiden, so werden ihre Schilderungen für Sie und andere besser verständlich. Rechtschreib- und Grammatikfehler sind egal, es geht ausschließlich um den Inhalt Ihres Berichts. Sie werden gebeten, die Schilderungen dem Therapeuten/der Therapeutin für die Unterlagen zu überlassen. Sie können sich selbstverständlich vorher von Ihrem Bericht eine Kopie anfertigen.

Beachten Sie bei der Schilderung Ihrer sexuellen **Fantasien** folgende Punkte:

1. Geschlecht und Alter des Kindes
2. Kennen Sie das Kind persönlich (z.B. aus dem Bekanntenkreis, aus der Nachbarschaft) oder stellen Sie sich ein Kind vor, welches Sie nicht kennen, jedoch möglicherweise als Bild (Zeitschrift, Fernsehen, Internet) gesehen haben?
3. Beschreiben Sie bitte das Kind. Wie sieht es aus? Wie verhält es sich? Ist es eher ruhig oder aufgeweckt, zutraulich oder misstrauisch?
4. Wo befinden Sie sich mit dem Kind in der Fantasie? In Ihrer Wohnung, im Freien oder an einem anderen Ort?
5. Was sagen Sie bzw. was sagt das Kind in der Fantasie?
6. Was machen Sie in der Fantasie mit dem Kind? Wo berühren, streicheln und fassen Sie es an? Stecken Sie in Ihrer Fantasie einen Finger oder Ihren Penis in Mund, Po oder Scheide?
7. Wie reagiert das Kind? Lässt es Ihre Berührungen zu oder lehnt es sie ab?
8. Wo werden Sie von dem Kind berührt oder gestreichelt?
9. Welche Situation oder welcher Anblick ist für Sie sexuell besonders erregend?
10. Welche Fantasie haben Sie kurz vor dem Orgasmus?
11. Was denken und fühlen Sie vor, während und nach dem fantasierten sexuellen Kontakt?

Beachten Sie bitte folgende weitere Punkte, falls Sie bereits einen sexuellen **Kontakt** zu einem Kind gehabt haben:

1. Das Geschlecht des Kindes und ihr/sein Alter als die sexuellen Kontakte begannen.
2. In welchem Beziehungsverhältnis standen Sie zu dem Kind (z.B. Vater, Nachbar, Bekannter der Familie)?
3. Was löste Ihre ersten Gedanken an einen sexuellen Übergriff aus?
4. Wie haben Sie für die Möglichkeit gesorgt sexuellen Kontakt zu dem Kind herzustellen?
5. Was haben Sie gesagt, getan und wie ging es weiter?
6. Was haben sie gedacht, gefühlt, wahrgenommen und wie haben Sie sich verhalten, vor (1 Woche vorher, 1 Tag vorher, Minuten vorher), während und nach dem sexuellen Kontakt zu dem Kind?
7. Wo fand der Kontakt (gewöhnlich) statt?
8. Haben Sie versucht zu verhindern, dass das Kind etwas davon erzählt? Falls ja, wie?
9. Wie oft geschahen die sexuellen Kontakte und über welchen Zeitraum?
10. Waren die sexuellen Kontakte aus Ihrer Sicht sexueller Missbrauch?
11. Wie oder warum endeten die sexuellen Kontakte?  
Wurde die Polizei darauf aufmerksam? Falls ja, wie?

## Zwei Anonymisierte Briefe von tatsächlichen Opfern

### 1. Opfer von Kindesmissbrauch

Ich fühle seine Gegenwart im Raum. Genau in diesem Moment sitzt er hinter mir. Seine Hände reiben an meinen Armen hoch und runter und er flüstert in mein Ohr: „Ich liebe Dich Karen, Ich liebe Dich...“. Ich höre seine Stimme in der Entfernung hallen, wenn ich meinen Körper verlasse (Ich habe gehört, dies heißt „Abspaltung“ und das trifft es genau). Ich bin jetzt weg, weg von meinem Körper. Ich kann ihn nicht hören oder fühlen wie er mich berührt.

Ist es jetzt vorbei? Ich kehre zurück in meinen Körper, um herauszufinden, ob er mit mir fertig ist. Jetzt belästigt er mich auf eine ganz widerliche Art und Weise. Ich fühle wie er mich anfasst. Mein gesamter Körper wird geschändet. Er ist sehr grob und es ist schmerzvoll. Sein Atem riecht nach schalem Bier, wenn er mir ins Gesicht bläst. Ich öffne meinen Mund, aber er deckt ihn mit seiner Hand zu. Meine Schreie sind in meinem Schlund gefangen und ich werde nie gehört werden.

Seit dem ersten Tag sind 12 Jahre vergangen. Er hat mich für eine Dauer von 5 Jahren jeden Tag sexuell belästigt. Heute ist er noch immer im Zimmer und sitzt hinter mir. Er fasst mich immer noch an und ich kann ihn immer noch riechen. Es schmerzt noch immer und ich weine noch immer. Er ist bei mir, egal wohin ich gehe. Er ist da in meinen wachen Stunden und nachts in meinen Träumen. Er ist in meinen Gedanken, Gefühlen und Stimmungen. Er ist immer noch in meinem Körper. Er ist das kranke Gefühl in meinem Magen und das dumpfe Gefühl in meinem Herzen. Er ist der Dreck über meinem ganzen Körper und er lässt sich nicht wegwaschen. Er ist die Rasierklinge, die durch mein Fleisch schneidet und das Blut das aus meinen Wunden fließt. Er ist die Pillen die ich schlucke, die Drogen die ich nehme und der Schnaps den ich trinke. Ich versuche den Erinnerungen zu entkommen, aber es gibt kein Entkommen, es gibt keinen Weg nach draußen. Er ist die Gitterstäbe um mich herum, die mich gefangen halten, sie sind jedes Mal da, wenn ich die Augen morgens öffne und abends wieder schließe.

Hörst Du zu was ich sage? Dies ist was eine Person, die sexuell missbraucht wurde, fühlt. Ich habe Jahre über Jahre so gefühlt. Es wird niemals vorbei sein. Ich versuche zu kämpfen, aber ich falle. Ich stehe wieder auf, nur um wieder zu fallen. Jedes Mal wenn ich aufstehe, werde ich ein Stück stärker. Aber genau dann, wenn ich denke, ich bin stark genug, dann falle ich wieder hinab.

Ich bin nur eine einzige Person in einer kleinen Ecke dieser Welt und das, was ich zu sagen habe verändert kaum etwas... oder verändert überhaupt nichts. Aber ich habe Rechte und eines dieser Rechte ist es, meine Meinung zu sagen.

Jeden Tag erfahre ich von Kindern, die belästigt worden sind. Ich schalte den Fernseher ein und sehe sie. Ich schalte das Radio ein und höre davon. Ich schlage die Zeitung auf und lese darüber. Ich höre davon von meinen Freunden, meinen Klassenkameraden, Mitarbeitern und meiner Familie. Sogar Fremde auf dem Postamt reden darüber. Aber wer tut etwas dagegen? Niemand!

Sie sagen, das Problem sei zu groß. „Wir können nichts dagegen tun“. Ich glaube nicht, dass diese Behauptung wahr ist. Ich weiß, dass ich nur eine einzige Person bin, aber ich glaube, wenn ich es versuche, werde ich vielleicht einen Teil des Problems lösen. Es wird nur ein kleiner Teil sein, aber zusammen, davon bin ich überzeugt, werden wir das Problem lösen können.

Eltern, Lehrer, Verwandte und alle anderen erwachsenen Menschen in dieser Welt sollten sich gegenseitig über die Warnzeichen von sexuellem Missbrauch informieren. Kinder müssen über sexuellen Missbrauch informiert werden. Sie sollen wissen, wie sie ihn vermeiden können und was sie tun müssen, wenn Sie Opfer werden. Dieses Problem sollte nicht zur Seite geschoben oder ignoriert werden. Es sollte thematisiert und hoffentlich gelöst werden.

Ich denke, ein Kind ist wie eine kleine hilflose Blume. Die Blume ist wertvoll. Sie braucht Wasser, Sonne und Nahrung, um zu wachsen und um zu überleben. Wenn für sie nicht gesorgt wird, wird sie verkümmern und sterben. Sie wird zerstört werden. Diese Blume wird niemals zum Leben zurückkehren. Sie ist für immer zerstört.

Genau wie für diese Blume muss auch für ein Kind gesorgt werden. Ich glaube, sexueller Missbrauch ist der schlimmste Missbrauch, der einem Kind angetan werden kann. Auch wenn ein Kind nur einmal sexuell belästigt wird, kann dies das Leben für immer zerstören. Sicherlich, das Kind wird vielleicht nur einmal körperlich missbraucht, aber gefühlsmäßig sind es eine Millionen mal. Das Kind durchspielt den Missbrauch in seinen Gedanken immer wieder und immer wieder. Die Gefühle von Wertlosigkeit, Wut, Angst und Dreck sind tief verwurzelt. Sie reichen tief in die Seele des Kindes hinein und es braucht viele Jahre Therapie, um dem Kind seine Selbstachtung und sein Selbstwertgefühl wiederzugeben.

Jetzt würde ich gerne mit jemandem sprechen der irgendwann einmal ein Kind missbraucht hat. Einige von euch sind dafür bestraft worden, einige jedoch nicht. Ich glaube, es gibt keine ausreichend strenge Strafe dafür, dass man ein Kind zerstört hat. Ich möchte, dass ihr wisst, dass ihr ein kleines Leben in eure Hände genommen habt und es für immer zerstört habt. Wahrscheinlich denkst du: „Ich war im Gefängnis und habe meine Zeit abgesessen. Ich bin bestraft worden“. Sicher, du hast deine Zeit abgesessen, aber was ist mit dem kleinen Mädchen oder Jungen, die du belästigt hast? Sie sitzen für den Rest ihres Lebens ihre Zeit ab. Die Gitterstäbe werden immer um sie herum sein. Sie werden nie frei sein von den abscheulichen Erinnerungen und Gefühlen, die tief in ihrer Seele verankert sind.... Erinnerungen und Gefühle, die DU dort verankert hast.

Ich habe sexuellen Missbrauch erfahren und ich habe auch eine Menge darüber gelesen. Ich weiß, dass die meisten von euch dies nicht wegen dem Sex machen, sondern wegen der Kontrolle. Vielleicht hast du das Gefühl, dass dein Leben außer Kontrolle ist; deshalb musst du irgendjemand anderen kontrollieren und du hast dir ein kleines hilfloses Kind als Opfer gewählt. Das ist mein Punkt. Denke immer daran, dass sie hilflos sind. Du bist zu stark für sie. Du spielst nicht nur mit ihren Körpern, sondern auch mit ihren Seelen und das macht sie verletzlich für deine widerliche Art.

## 2. Inzestopfer

Ich weiß nicht, ob dir dies tatsächlich eine Ahnung geben kann davon, wie ich fühle. Es gibt viele Dinge, die ich fühle und ich bin immer noch verwirrt. Manchmal wünsche ich mir, dass die Gesetze in diesem Land weniger lax sind und mein Vater die Todesstrafe für seine Taten bekommen könnte. Ich spüre, ein Kind hat von Geburt an Vertrauen zu seinen Eltern. Dieses Vertrauen wurde missbraucht. Ich hatte niemals einen Vater, jemanden den ich Papa nennen konnte, dem ich vertrauen konnte. Ich werde ihn immer dafür hassen, dass er mir dies verwehrt hat. Ich beneide meine Freunde, weil diese alle Familien haben, die sie lieben. Sie haben einen Vater der sie beschützt, dennoch streiten sie mit ihrem Vater. Ich möchte sie anschreien und ihnen zurufen: „Ich hatte niemals einen Vater, denkt darüber nach, wie dumm es ist sich zu streiten“. Ich wünschte ich könnte sagen, dass man Vater starb, als ich sehr jung war, denn dies würde weitaus weniger schmerzen.

Am meisten schmerzt es mich, wenn ich mir meine Schwester ansehe. Ich habe niemals gewusst, dass es ihr geschah. Ich dachte immer es betrifft nur mich, weil ich dachte es läge an mir, ich würde irgendwie selbst dazu beitragen. Ich habe mich geschämt und als ich herausfand, dass es sexueller Missbrauch war, wusste ich nicht was ich tun sollte. Je länger ich darüber nachdachte, desto mehr begriff ich, dass ich nichts sagen konnte, denn es hätte meiner Mutter das Herz zerbrochen. Ich liebe meine Mutter mehr als alles andere auf der Welt. Wenn sie mich fragen würde, ich müsste zweimal überlegen, ob ich mein Leben für ihr Leben aufgeben würde. Ich stelle sie mir immer als eine zerbrechliche Puppe vor, die in einer rohen Welt lebt und ich muss sie schützen. Deshalb habe ich meine Mutter vor der Wahrheit geschützt.

Ich habe auch Angst was passieren wird, wenn er seine kurze Strafe im Gefängnis abgesessen haben wird. Er wird einen Weg finden sich zu rächen. Falls er jemandem Leid zufügt, den ich liebe, dann schwöre ich, ich werde ihn trotz diesem bescheuerten Rechtssystem in diesem Land umbringen. Ich wünschte, ich könnte ihn sofort töten, jedoch im Gegensatz zu ihm beschützen mich die Gesetze in diesem Land nicht. Auch wenn er die Höchststrafe bekommen würde, es wird niemals ausreichend sein. Es war nicht nur sexueller Missbrauch, den ich erleiden musste, auch körperlicher und psychischer Missbrauch. Als der Inzest aufhörte, begann er mich so sehr zu schlagen wie er nur konnte, aber er wurde alt und ich habe ihn in Körpergröße und Kraft überholt und ich habe zurück geschlagen. Ich war nicht der Einzige von uns beiden mit blauen Flecken. Ich fühlte mich innerlich gut, als ich diesen gierigen Bastard verletzen konnte. Am schwierigsten war es über den psychischen Missbrauch hinweg zu kommen. Ich bin eine Person mit Rechten, ich bin klug und im Inneren sehr schön. Für ihn war ich eine Frau und Frauen haben keine Rechte. Ich bin ein Objekt, das von Mann zu Mann weitergereicht wird. Ich habe nichts zu sagen. Verdammt noch mal, ich kann tun was ich will, dazu gehört auch der Besuch der Universität. Er sagte mir, ich könnte nicht dorthin gehen, weil ich nicht gescheit genug sei.

Ich glaube, Menschen müssen für ihre Taten bestraft werden. In diesem Fall sollte er kastriert werden für das, was er gemacht hat und ich würde es gerne ausführen.



Ich glaube, es geht mir schon besser, es sind nur die nächtlichen Träume, die mich ängstigen. Ich spreche nicht gerne darüber. Jedes mal, wenn ich davon aufwache, möchte ich ihn am liebsten dafür töten. Ich mache mir nicht so große Sorgen wegen mir, aber meine Mutter und meine Schwester sind durch ihn zerstört worden. Er hat ihnen Schmerzen zugefügt und wenn er dies noch einmal tun sollte, werde ich ihn töten und die Gesetze dieses Landes werden mich nicht daran hindern. Also, was mich betrifft, wenn man ihn jetzt töten würde, dann würde es viele Menschen glücklich machen. Er sollte jedoch zuvor für seine Taten gequält werden. Ich könnte dies tun, weil mir eine Millionen Dinge einfallen würden, die ihn verletzen würden und ich würde es mit einem Lächeln auf meinem Gesicht tun.

Ich könnte fortfahren damit, wie sehr ich ihn hasse, aber dafür gibt es nicht genug Papier auf dieser Welt. Ich hoffe, dies überzeugt Dich, dass er hinter Gittern so lange wie möglich bleiben muss. Lass dich nicht von ihm oder irgendeinem Arzt täuschen. Er ist ein gefährlicher Mann und wenn er seine Chance sieht, dann wird er noch mehr Kinder zu fassen bekommen. Es tut ihm nicht leid für das, was er getan hat. Er ist krank und wir waren nur eine Decke. Er versuchte seine Schwester zu vergewaltigen und er erzählte, was er den Kindern in Vietnam angetan hatte. Er lacht euch alle aus, denn er wird weitermachen, sobald er raus kommt. Bitte schließt ihn ein für alle mal weg, nicht nur meinetwegen, sondern zum Wohl aller Kinder.

## Hausaufgabe

HA 7.1

Stellen Sie sich eine Situation vor (oder Sie erinnern sich an eine tatsächliche Begebenheit), wo jemand anderes Ihnen Schaden zugefügt hat. Derjenige kann Sie z.B. verletzt haben, beschimpft oder ausgenutzt. Es ist nun Ihre Aufgabe bis zur nächsten Sitzung aufzuschreiben, was Ihnen helfen würde, wenn derjenige sich in Form eines Briefes bei Ihnen entschuldigen würde. Welche Merkmale soll der Brief erfüllen, damit diese Entschuldigung für Sie hilfreich sein wird?

## **Hausaufgabe**

(Brief an mein(e) Opfer)

**HA 7.2**

Schreiben Sie einen Brief an ein Kind, mit welchem Sie einen sexuellen Kontakt gehabt haben. Oder schreiben Sie einen Brief an ein Kind, mit welchem Sie in Ihrer Fantasie sexuelle Kontakte haben oder gehabt haben.

**Schicken Sie diesen Brief nicht ab.** Was möchten Sie ihrem Opfer sagen, was könnte ihm helfen? Der Brief sollte so geschrieben sein, dass er eine Hilfe für ihr(e) Opfer darstellt.

**Hausaufgabe**  
(Brief an mich von meinem Opfer)

**HA 7.3**

Verfassen Sie einen Brief **an sich selbst**. Der Brief stammt von einem Kind, mit welchem Sie in der Realität oder in der Fantasie sexuellen Kontakt gehabt hatten oder haben.

Lassen Sie das Kind berichten, beschreiben Sie, was er oder sie Ihnen sagen will..

Merkmale des Briefs vom Opfer

Das Opfer könnte ....

1. Wut äußern,
2. einen verabscheuenden Tonfall verwenden
3. ein gutes Leben vor dem Missbrauch beschreiben
4. Gefühle während des Missbrauchs berichten
5. die kurzfristigen und langfristigen Folgen des Missbrauchs beschreiben
6. die am schlimmsten empfundenen Details benennen

## Lebenslauf

Mit einem persönlichen Lebenslauf verschaffen Sie sich einen Überblick über Ihr bisheriges Leben. Dieser gibt Ihnen die Chance, *Zusammenhänge zwischen* einzelnen Erlebnissen in der *Vergangenheit und* Ihrem Erleben und Verhalten von *Heute* zu erkennen.

So können Sie vielleicht zurückverfolgen, warum Sie sich immer zurückziehen, wenn andere sich streiten und Sie auch selbst gerne Situationen, aus denen ein Streit erwachsen könnte, vermeiden. Oder Sie erinnern sich vielleicht, dass es zu Hause immer laut und konfliktreich zugeht, was bis heute Ihr Miteinander mit anderen prägt, Sie aber irgendwie nicht abstellen können, obwohl Sie gerne würden...

Aber nicht nur die *Entwicklung Ihrer Probleme und Ihres Problemverhaltens* können Sie in der Beschäftigung mit Ihrer eigenen Lebensgeschichte nachvollziehen. Auch *Ihre Stärken* haben sich im Laufe Ihres Lebens - aus Ihrer Lebenserfahrung - entwickelt, d. h. die Eigenschaften, die Ihnen helfen können, Ihr hier gesetztes Therapieziel zu verwirklichen.

Es geht also nicht nur darum, einen Lebenslauf zu erstellen, der sich an bestimmten Zeitpunkten orientiert (z. B. Kindheit, Jugend/Schule, Erwachsensein/Beruf). Nehmen Sie grobe *Lebensabschnitte* nur zur Hilfe, um sich besser zu erinnern, wie Sie sich da gefühlt haben („...mit 6 Jahren, ja da kam ich in die Schule...oh, das war eine Umstellung., so viele neue Gesichter und ich war doch so schüchtern...“).

Hilfreich für ein besseres Verständnis Ihres eigenen Denkens, Fühlens und Handelns sind nämlich vor allem Begebenheiten im *Kontakt* zu anderen Menschen: Wie/wo war die Begegnung? Wie haben Sie sich erlebt? Wie haben Sie Ihr Gegenüber erlebt? Was war die Konsequenz?

### **Orientierungshilfen für das Schreiben eines vertieften Lebenslaufes**

Hier werden nun einige Stichworte zum Lebenslauf aufgeführt, an denen Sie sich entlang hangeln können. Es kann auch hilfreich für Sie sein, ganze Sätze zu verwenden. Wichtig ist aber, dass Sie Ihren Lebenslauf so schreiben, dass er für Sie verständlich ist und hilft, ein Bild von Ihnen und Ihrer Umwelt zu vermitteln. Rechtschreibung oder Grammatik sind also egal!

#### **1. Familie und Kindheit**

- Allgemeines: Ihr Geburtsort und -jahr, Berufe der Eltern, wirtschaftliche Lage
- Wohnsituation (z. B. eigenes Zimmer, im Grünen..).
- Geschwister? Wenn ja, Bruder oder Schwester in welchem Alter?  
Wenn nein, haben Sie welche vermisst? Warum?  
Wenn ja, wie war Ihre Beziehung? Welche Konflikte hatten Sie?
- Wie waren Ihre Eltern?  
Wie war Ihr Vater, ihre Mutter...., welchen Charakter würden Sie beschreiben?
- Was haben Sie an der jeweiligen Person bewundert?
- Was konnte denjenigen/diejenige verärgern, wie äußerte die Person Ärger?
- Was konnte begeistern, wie wurden Lob und Anerkennung geäußert?
- Was haben Sie vermisst, was hätten Sie sich in dieser Beziehung gewünscht?
- Wer war in der Kindheit Ihre wichtigste Bezugsperson?
- Wie war er/sie, welcher Charakter?
- Was haben Sie an ihr bewundert, was waren ihre Schwächen?

- Was konnte sie verärgern, wie äußerte sie Ärger? Was dagegen konnte sie begeistern, wie äußerte Sie Lob und Anerkennung?
- Was haben Sie vermisst, was hätten Sie sich in dieser Beziehung gewünscht?
- Welche Vorbilder außerhalb Ihrer Familie hatten Sie?
- Beschreiben Sie insgesamt den Erziehungsstil Ihrer Eltern und die Atmosphäre in der Familie.
- Wie ging man mit Gefühlen um, wie mit Kritik oder Anerkennung?
- Wie zeigte man Ihnen Liebe?
- Wer gab Ihnen wann Zärtlichkeiten?
- Was war Ihr Familienmotto (z. B. „alles unter den Teppich kehren“, „Bloß keine Aufregung“, „Nach außen hübsch ordentlich“, „Man lebt nur einmal“...)

## **2. Schule und Beruf**

- Allgemeines: Welche Schule haben Sie wann besucht und welche Abschlüsse haben Sie wann gemacht?
- Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt?
- Wie gerne sind Sie zur Schule gegangen? Wo lagen Ihre Interessen, wo Ihre Abneigungen?
- Wie war Ihre Stellung im Klassenverband und gegenüber den Lehrern?
- Welche Probleme gab es?
- Wie waren Ihre Freunde und womit verbrachten Sie Ihre Freizeit?
- Wie haben Sie Ihre Berufsausbildung erlebt?
- Wie fiel die Wahl auf welchen Beruf? Warum der und kein anderer?
- Was hätten Sie noch oder sogar lieber gemacht?
- Wie ist heute Ihre Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten? Welche Spannungen gibt es und wie lösen Sie diese?

## **3. Sexualität und Partnerschaft**

- Sexualität im Elternhaus (Wie wurde bei Ihnen zu Hause mit Sexualität umgegangen?)
- Wie wurde über Sexualität gesprochen? Wie wurden Ihre Genitalien benannt?
- Wie wurde mit Nacktheit und Körperlichkeit umgegangen?
- Welche Einstellung gab es Gegenüber Homosexualität, Selbstbefriedigung, Pornos...?
- Inwiefern hat Sie der Umgang mit Sexualität in Ihrem Elternhaus in Ihrer Entwicklung zum Mann behindert?

### **Eigene Sexualität**

- Ab welchem Alter spielte Sexualität bewusst eine Rolle?
- Wie haben Sie Ihre ersten sexuellen Regungen, Ihre erste Selbstbefriedigung erlebt?
- Wer klärte Sie wann auf?
- Wer half Ihnen bei sexuellen Problemen, wem konnten Sie sich anvertrauen?
- Wie haben Sie es erlebt, als Sie das erste Mal entdeckten, dass Sie Kinder sexuell attraktiv finden? Wann war das? Wie erleben Sie dies heute? Wem haben Sie sich anvertraut?

### **Beziehungen und Partnerschaften**

- Wie oft haben Sie sich verliebt und in wen?
- Welche Partnerschaften haben Sie gelebt?

- Welche Erfahrungen haben Sie hier mit Sexualität gesammelt?
- Wie haben Sie Trennungen bewältigt?
- Haben Sie aktuell einen Partner oder eine Partnerin?
- Wie haben sie sich kennen gelernt und was war Ihnen dabei wichtig?
- Wie beschreiben Sie Ihren Partner/-in, seinen/ihren Charakter?
- Was würden Sie sich wünschen, was vermissen Sie in Ihrer Partnerschaft?

#### **Kinder**

- Wie viele Kinder haben Sie, wie alt sind sie und sind es Jungen oder Mädchen?
- Welchem der Kinder fühlen Sie nah, welchem fern und wie erklären Sie sich das?
- Welche Werte vermitteln Sie? Welche Konflikte in Sachen Erziehung haben Sie mit Ihrer Partnerin?

### **4. Selbstbeschreibung**

#### **Selbstsicht**

- Welche Stärken haben Sie?
- In welchen Bereichen halten Sie sich für einen eher positiv eingestellten Menschen?
- Welche Ihrer Eigenschaften und Verhaltensweisen würden Sie gerne ändern?
- Welchen Dingen oder Menschen gegenüber sind Sie eher negativ eingestellt?
- Welche Dinge bedauern Sie? Welche negativen Erfahrungen haben Sie Ihrer Meinung nach geprägt?
- Wie gehen Sie mit Stress, Misserfolgen und Niederlagen um?
- Welche positiven Erfahrungen und Erfolge können Sie mitteilen?
- Worauf führen Sie Erfolg zurück, wie erklären Sie sich den? Wie reagieren Sie auf Lob und Anerkennung?

#### **Sicht anderer**

- Wie würde jemand Sie beschreiben, der Sie sehr gut kennt und Sie mag?
- Wie würde jemand Sie beschreiben, der Sie nicht mag?

#### **Werte und Interessen**

- Welche Interessen haben Sie außerhalb Ihres Berufs und in welcher Form gehen Sie diesen nach?
- Was denken Sie über Religion, Geburt und Tod? Welche Vorstellungen haben Sie?
- Wozu brauchen wir Menschen Sexualität? Warum hat man die?
- Wie gestalten Sie Ihre Beziehung zu anderen? Sind Sie eher gesellig oder einzelgängerisch? Was verbindet Sie mit Ihren Freunden?

#### **Wünsche und Träume**

- Was wären Ihre Wünsche, wenn Sie wie im Märchen drei Wünsche freihätten?
- Was würden Sie tun, wenn Sie im Lotto hoch gewinnen würden?
- Welcher Traum kehrt häufig wieder?
- Welches Tier mögen Sie am liebsten und vor welchem haben Sie eher Angst?
- Was würden Sie tun, wenn alle Ihre Probleme plötzlich völlig verschwunden wären, was würde sich in Ihrem Leben ändern?

Die folgenden Fragen geben Ihnen die Gelegenheit, Ihre Auseinandersetzung mit Ihrem bisherigen Leben für sich so zusammenzufassen, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurückkommen können.

Nehmen Sie sich Zeit und rufen Sie sich „Ihre“ Stunde zu Ihrem Leben noch einmal ins Gedächtnis....

Welche „Erkenntnisse“ waren für mich neu?

---

---

---

---

Welche Punkte waren mir besonders wichtig?

---

---

---

Welche Situationen kehrten rückblickend in meinen privaten Beziehungen zu erwachsenen Freunden immer wieder und belasteten mich und meine Freundschaft (en) in höherem Maße?

---

---

---

---

Welche Situationen kehrten in meinen Beziehungen zu erwachsenen Partnern immer wieder und belasteten mich und meine Partnerschaft(en) in höherem Maße?

---

---

---

---



**HA 8.1 (2/3)**

Welche Situationen lösten in der Vergangenheit und aktuell bei mir häufiger oder sogar regelmäßig körperliche Reaktionen wie Schweißausbrüche, Magenschmerzen, Kopf- oder Nackenschmerzen, Herzprobleme... aus?

---

---

---

---

In welchen verschiedenen Situationen oder bei welchen Anlässen erlebe ich regelmäßig folgende Gefühle:

Angst:

---

---

---

Ärger:

---

---

---

Wut:

---

---

---

Hilflosigkeit:

---

---

---

Scham:

**HA 8.1 (3/3)**

---

---

---

Schuld:

---

---

---

Von welchen Menschen erfuhr ich in meinem Leben Anerkennung, Akzeptanz und Geborgenheit? Von welchen Menschen erfuhr ich dagegen Ablehnung und Zurückweisung?

---

---

---

---

Wie reagiere ich typischerweise auf Anerkennung und wie auf Kritik und/oder Zurückweisung?

---

---

---

---

Von welchen der genannten Schwierigkeiten oder Probleme wissen mir nahestehende Menschen überhaupt? Was hindert mich daran, mit ihnen darüber zu sprechen?

---

---

---

---

## DAS HAUS

**Prädisponierende Faktoren:** Elemente, welche ein Teil Ihres Lebens sind, die Ihre (potentiellen) Taten beeinflusst haben, die das Fundament Ihres Lebens bilden. Dazu können folgende Faktoren gehören:

- Geringes Selbstwertgefühl, ungelöster Ärger, passiver oder aggressiver Verhaltensstil
- Wie Sie es gelernt haben von anderen akzeptiert zu werden
- Wie Sie üblicherweise im Leben mit Stress umgehen
- Frühere Missbrauchserfahrungen (alle Arten) und wie Sie mit den Folgen dadurch umgegangen sind
- Themen aus der Kindheit, welche heute im Erwachsenenalter noch eine Rolle spielen

Ist das Fundament Ihres Hauses schwach oder hat Risse - dann ist das gesamte Haus nicht solide.

### Das Haus ist wie das Leben:

Probleme sind vergleichbar mit dem Wind. Falls Ihr Haus nicht solide ist, werden bei Sturm (bei Problemen in Ihrem Leben) jedes Mal die Wände wackeln, die Dachziegel werden wegfliegen und bald wird das gesamte Haus unbrauchbar sein. Der Sturm steht für Stresssituationen, Beziehungsprobleme und anderen Schwierigkeiten im täglichen Leben.

**Ein starkes Haus auf einem starken Fundament = Lebensfertigkeiten:** Die Fertigkeiten erlauben Ihnen ein emotional gesünderes Leben zu führen, was dann zu einem verbesserten Wohlbefinden führen kann und Sie vor dem Rückfall in alte Verhaltensmuster bewahrt. Diese Fertigkeiten, welche im Laufe der Zeit ausgebaut werden, sind wie Zusatzausstattungen für Ihr Haus. Jedes Mal wenn Sie eine neue Fertigkeit gefestigt oder neu erlernt haben, wird Ihr Haus dadurch größer und schöner. Jedes Mal wenn Sie neuen Fertigkeiten üben, machen Sie Ihr Haus stärker: Die Wände wackeln nicht im Sturm, die Dachziegel bleiben sicher auf dem Dach befestigt.

### Diese Fertigkeiten können sein:

- Sorge für andere tragen
- Vertrauen
- Die Fähigkeit sich selbst und andere zu lieben
- Mitgefühl (den Schmerz anderer Menschen verstehen und nachempfinden können)
- Intimität (die Fähigkeit in einer ehrlichen und sorgenden Art und Weise zu zeigen wer Sie sind)
- Stress widerstehen (fähig sein mit den täglichen Problemen des Lebens umgehen zu können)
- Verantwortung für sich selbst und Ihre guten als auch schlechten Handlungen zu übernehmen

Die Sanierung des Fundamentes Ihres Hauses (Verstehen und Lösen früherer Probleme) wird Ihnen eine solide Grundlage für die Erneuerung Ihres Hauses liefern. Die neuen Wände und neuen Räume stehen für die neuen Fertigkeiten, die Sie gelernt haben, als Resultat Ihres neuen Fundamentes.

## Hausaufgabe – Bewältigungsstrategien

HA 9.1

1. Nennen Sie 3 bis 4 Probleme in Ihrer Familie, am Arbeitsplatz oder an Ihrem Wohnort.
2. Wie sind Sie mit dem jeweiligen Problem umgegangen? Was waren die Vor- und Nachteile dieser Strategien?
3. Was könnten Sie nun, da Sie etwas über positive Bewältigungsstrategien gelernt haben, anders machen? Was sind die Vor- und Nachteile dieser Strategien?

### Zur Erinnerung:

Es gibt grundlegend **drei** Arten von Bewältigungsstrategien:

- 1. Aufgabenorientierte oder problemfokussierte Bewältigung:** Dies beinhaltet Verhaltenstrategien, die das Problem angehen oder lösen und kognitive Strategien, die entweder eine neue Betrachtungsweise des Problems ermöglichen oder die Folgen des Problems vermindern.  
**Beispiel:** Sie wollen sich mit einem guten Freund versöhnen, den Sie nach einem Streit vor drei Monaten nicht mehr gesprochen haben. Sie rufen ihn an und verabreden ein Treffen in einem Café.
- 2. Gefühlsorientierte Strategien:** Diese beinhalten eine emotionale Antwort auf das Problem: Vertieft sein in sich selbst, Grübeln, sich Dinge herbei- oder weg fantasieren, wütend werden, andere Leute beschuldigen, sich über die Situation beunruhigt zeigen.  
**Beispiel:** Sie wollen sich mit einem guten Freund versöhnen, den Sie nach einem Streit vor drei Monaten nicht mehr gesprochen haben. Sie fühlen sich jedoch zu sehr gekränkt und wollen dass er sich zuerst meldet. Sie grübeln viel darüber nach was wohl den Streit ausgelöst hat, können jedoch keine befriedigende Antwort finden.
- 3. Vermeidung:** Die Vermeidung beinhaltet die Verwendung von Strategien, dem Problem aus dem Weg zu gehen, indem bspw. andere Aktivitäten aufgenommen werden (Zerstreuung) oder andere Menschen aufgesucht werden (soziale Ablenkung)  
**Beispiel:** Sie haben seit einem Streit vor drei Monaten ihren besten Freund nicht mehr gesprochen. Sie vermissen ihn und versuchen nun, ihn aus ihrem Gedächtnis zu streichen. Sie haben bereits seine Telefonnummer aus Ihrem Handy gelöscht. Um ihren Kummer etwas zu betäuben trinken Sie jeden Abend eine Flasche Rotwein.

Das erstgenannte Bewältigungsmuster ist positiv und wirksam, während die anderen beiden Bewältigungsmuster dazu neigen, uneffektiv zu sein und die Wahrscheinlichkeit von Depressionen und Angststörungen erhöhen. Die beiden letztgenannten haben zur Folge, dass Sie sich oft unvermittelt besser fühlen, sie führen jedoch nicht zu einer Lösung und können das Problem sogar noch vergrößern.

## Beziehungen

**Tragen Sie Ihre aktuellen sozialen Beziehungen untereinander ein!**

- Welche Familienangehörigen gibt es?

- Wie heißen Ihre erwachsenen Freunde?

Männer:

Frauen:

- Wie heißen die Kinder, zu denen Sie im Kontakt stehen?

Markieren Sie hinter den Namen bzw. Personen mit folgenden Nummern, wie regelmäßig Sie Kontakt haben.

- 0: gar kein Kontakt
- 1: selten Kontakt
- 2: öfter Kontakt
- 3: sehr regelmäßigen Kontakt

## Beziehungsqualität

Tragen Sie bitte in die farbigen Felder die Namen der Personen aus Ihrem Lebensumfeld (Freunde, Bekannte, Familienangehörige, Partner usw. ) ein. Wählen Sie bitte das passende Feld, je nachdem wie angenehm oder auch problembeladen Sie die Beziehungen zu diesen Personen erleben.

sehr angenehm	angenehm	neutral	problembe-laden	stark proble-mbeladen
---------------	----------	---------	-----------------	-----------------------

## Soziale Situationen

### **Kontakt:**

- Kontakt aufnehmen
- Kontakt halten
- Kontakt abbrechen

### **Äußern positiver Gefühle**

- Komplimente machen
- Zuneigung zeigen
- Loben und Bestärken
- Sich entschuldigen
- Freude mitteilen
- Bedürfnisse äußern

### **Äußern negativer Gefühle:**

- „Nein“ – Sagen
- sich Forderungen widersetzen
- Jemanden kritisieren
- Eine andere Meinung äußern
- Diskutieren
- Kompromiss finden
- Probleme, Ärger und/oder Ängste mitteilen

### **Bewältigung**

- Zurückweisung und Kritik erfahren...
- Um soziale Unterstützung oder Hilfe bitten

### Soziale Situationen

	mein Problem (0-3)	meine Stärke (0-3)
<b>Kontakt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kontakt aufnehmen</li> <li>➤ Kontakt halten</li> <li>➤ Kontakt abbrechen</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<b>Äußern positiver Gefühle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Komplimente machen</li> <li>➤ Zuneigung zeigen</li> <li>➤ Loben und Bestärken</li> <li>➤ Sich entschuldigen</li> <li>➤ Freude mitteilen</li> <li>➤ Bedürfnisse äußern</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Äußern negativer Gefühle:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ „Nein“ – Sagen</li> <li>➤ sich Forderungen widersetzen</li> <li>➤ Jemanden kritisieren</li> <li>➤ Eine andere Meinung äußern</li> <li>➤ Diskutieren</li> <li>➤ Kompromiss finden</li> <li>➤ Probleme, Arger und/oder Ängste mitteilen</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Bewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zurückweisung und Kritik erfahren...</li> <li>➤ Um soziale Unterstützung oder Hilfe bitten</li> </ul>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

- |                        |      |                  |
|------------------------|------|------------------|
| 0: gar kein Problem    | bzw. | gar keine Stärke |
| 1: kaum ein Problem    |      | kaum eine Stärke |
| 2: eher ein Problem    |      | eher eine Stärke |
| 3: ein starkes Problem |      | meine Stärke     |



## Problem- und Verhaltensanalyse

AB 10.3 (1/2)

1. Benennen Sie ihr **Problem** in der Begegnung mit einem Ihnen nahen Menschen.

---

---

---

---

2. Die letzte **konkrete typische Situation S**:

- Wo war das,
- Wer war beteiligt?

---

---

---

---

3. Beschreiben Sie genau eine typische Situation und die vorausgehende Bedingung! Tragen Sie hierfür die Antworten zu folgenden Fragen in das Schema ein:

### Reaktion R:

- Was haben Sie gemacht (=  $R_b$ )
- Welche Gefühle haben Sie wahrnehmen können? (=  $R_a$ )
- Welche Körperempfindungen hatten Sie dabei? (=  $R_s$ )
- Welches Bild beschreibt die Situation und was Sie in ihr erlebt haben gut, z.B. wie im Schneckenhaus, wie in Dornen gewickelt, wie eingefroren...? (=  $R_i$ )
- Was ging Ihnen durch den Kopf, in dieser Situation? Formulieren Sie die Gedanken so, als würden Sie mit sich sprechen (=  $R_c$ )

Reagieren Sie immer so, wenn Situation S oder etwas Vergleichbares passiert?

---

---

---

---

**Konsequenz C:**

- Wenn Sie sich so verhalten, wie sie es in der Situation getan haben, was war die Konsequenz, unmittelbar danach? (K<sub>k</sub>)
  - Was ist mit ihrem Gefühl passiert?
  - Wie hat der andere reagiert?
  - Wie ging es Ihnen?
- Wenn Sie sich weiter so verhalten, wie sie es in der Situation getan haben, was wird die Konsequenz längerfristig sein? (K<sub>l</sub>)

---

---

---

---

4. Welche möglichen unangenehmen Konsequenzen vermeiden Sie durch Ihr Verhalten?

---

---

---

---

5. Welche angenehmen Konsequenzen erfahren Sie durch Ihr Verhalten?

---

---

---

---

EINE TYPISCHE SITUATION **S** im Kontakt mit ... ist... \_\_\_\_\_

**Meine typische Reaktion R:**

So verhalte ich mich... (R<sub>b</sub>)

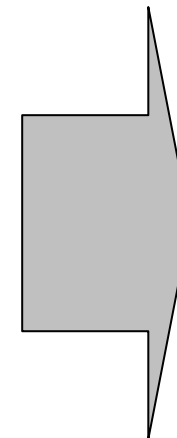
Diese Gefühle habe ich...(R<sub>a</sub>)

Das passiert in meinem Körper...(R<sub>s</sub>)

Als Bild geht's mir wie...(R<sub>i</sub>)

Meine Gedanken sind....(R<sub>c</sub>)

**Konsequenzen C**



Konsequenzen C langfristig sind...

## Problemlösung – Neues Verhalten

1. Beschreiben Sie genau, was Sie in einer typischen Situation ändern könnten!  
Tragen Sie hierfür die Antworten zu folgenden Fragen in das Schema ein:

### Reaktion R:

- Was für Gedanken könnten Ihnen in dieser Situation durch den Kopf gehen, wenn Sie Ihre Umstände und das Verhalten Ihres Gegenüber anders bewerteten? Formulieren Sie die Gedanken so, als würden Sie mit sich sprechen (= R<sub>c</sub>)
- Welche Gefühle würden Sie dann wahrnehmen können? (= R<sub>a</sub>)
- Welche Körperempfindungen hätten Sie dabei? (= R<sub>s</sub>)
- Welches Bild könnte die veränderte Situation und was Sie in ihr erleben würden, gut beschreiben? (= R<sub>i</sub>)
- Was würden Sie dann machen? (= R<sub>b</sub>)

### Konsequenz C:

- Wenn Sie sich so anders verhalten würden, was wäre die Konsequenz, unmittelbar danach? (K<sub>k</sub>)
  - Was würde mit ihrem Gefühl passieren?
  - Wie könnte der andere reagieren?
  - Wie ginge es Ihnen?
- Wenn Sie sich weiter so anders verhalten könnten, was wäre die Konsequenz längerfristig? (K<sub>l</sub>)

- 
- 
2. Welche Ihrer Eigenschaften können Ihnen helfen, sich anders zu verhalten?  
Was sind Ihre **Stärken**?

- 
- 
- 
- 
3. Was wäre, wenn Sie dieses Problem in Ihrer Freundschaft/Partnerschaft nicht mehr hätten?
-

SITUATION S im Kontakt mit ... ist... \_\_\_\_\_

**Meine neue Reaktion R könnte sein ...**

Meine neuen Gedanken könnten sein...( R<sub>c</sub>)

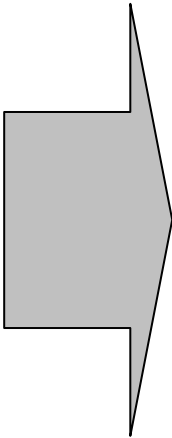
Diese Gefühle hätte ich dann ...(R<sub>a</sub>)

Das passierte in meinem Körper...(R<sub>s</sub>)

Als Bild ginge es mir wie...( R<sub>i</sub>)

So könnte ich mich verhalten... (R<sub>b</sub>)

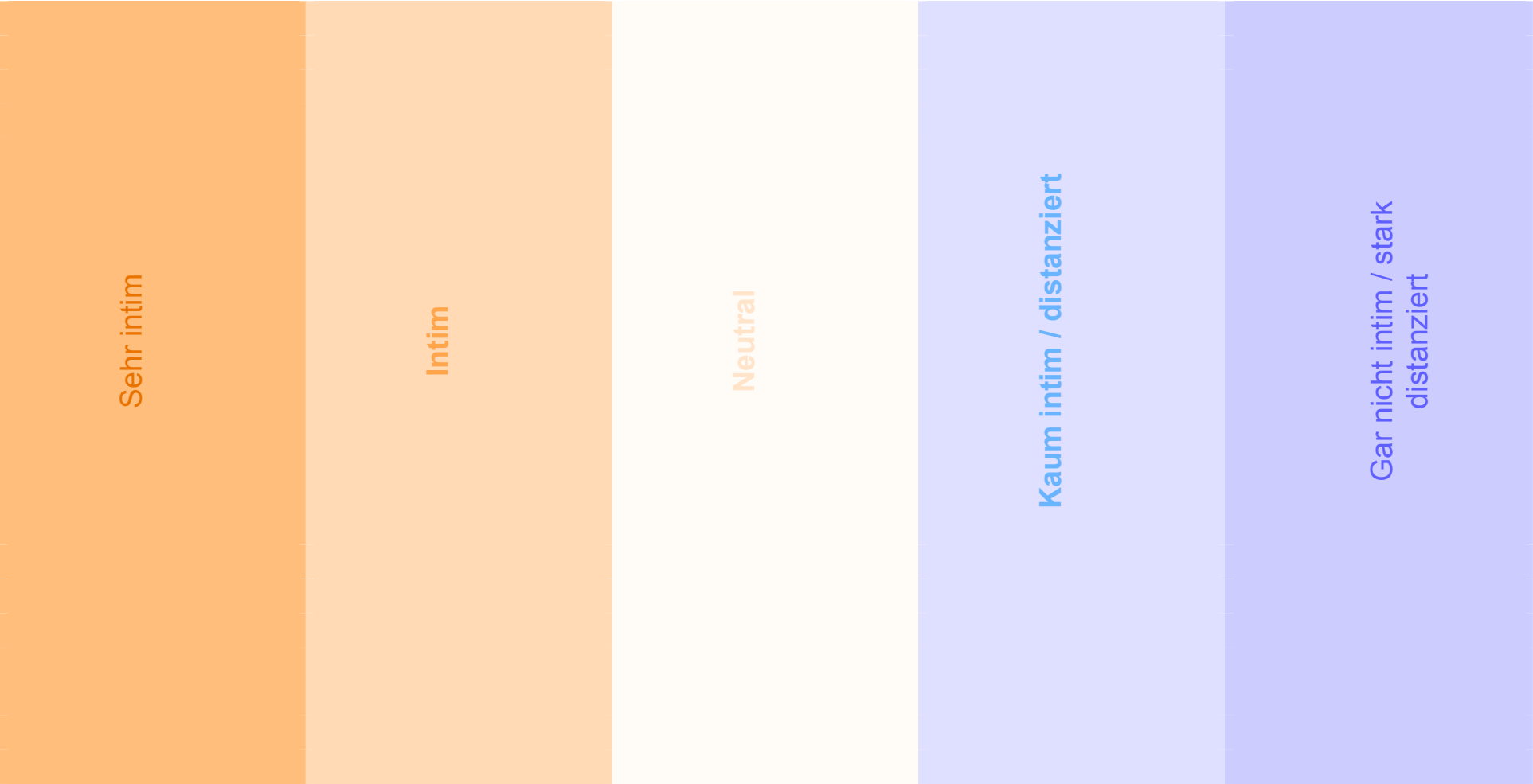
**Konsequenzen C kurzfristig...**



**Konsequenzen C langfristig...**

### Intimität in Beziehungen

Wie sieht Ihre persönliche **Rangreihe** von intimen Beziehungen aus? Sortieren Sie Ihre Beziehungen von „sehr intim“ nach „gar nicht intim/distanziert“.



## Intimität und Kommunikation bei ZUNEIGUNG (Sympathie)

**AB 11.1 (1/3)**

auslösende Erlebnisse für Zuneigung (Beispiele)	Gedanken	Nonverbal	Verbal (Wie sage ich es dem anderen, wie ich mich fühle?)
<p>Jemand gibt oder macht, was Sie sich wünschen.</p> <p>Sie verbringen viel Zeit miteinander.</p> <p>Sie erleben etwas Schönes gemeinsam.</p> <p>Sie können sich gut unterhalten.</p> <p style="text-align: center;">...</p>	<p>Ich werde von ihm/ihr geliebt (gemocht, gebraucht oder geschätzt)“</p> <p>Ich finde sie/ihn körperlich anziehend“</p> <p>„Ich mag sie/ihn“</p> <p>„Ich fühle mich sicher, sie/er ist für mich da.“</p> <p style="text-align: center;">...</p>	<p>Blickkontakt</p> <p>Berühren, streicheln, umarmen, schmusen...</p> <p>Lächeln</p> <p>Zeit teilen</p> <p style="text-align: center;">...</p>	<p>...</p>

nach Linehan, 1996; AB 4

**Intimität und Kommunikation bei ANGST**

auslösende Erlebnisse für Angst (Beispiele)	<b>Hervorrufende Gedanken</b>	<b>Nonverbal</b>	<b>Verbal</b> (Wie sage ich es dem anderen, wie ich mich fühle?)
<p>Sie verlieren das Gefühl der Kontrolle.</p> <p>Jemand den Sie lieben, droht sie zu verlassen.</p> <p>Sie sind in einer neuen ungewohnten Situation.</p> <p>Sie befinden sich in einer Situation, die schon einmal schmerzhaft für Sie hatte.</p> <p>...</p>	<p>„Ich werde abgelehnt, der andere mag mich nicht.“</p> <p>„Ich werde versagen.“</p> <p>„Ich bin der Situation hilflos ausgeliefert.“</p> <p>„Ich weiß nicht, wie es weitergeht.“</p> <p>...</p>	<p>Weinen.</p> <p>Den Kopf hängen lassen</p> <p>Rückzug</p> <p>Sich abwenden</p> <p>Nichts tun</p> <p>Schweigen</p> <p>...</p>	<p>...</p>

nach Linehan, 1996; AB 4



## Intimität und Kommunikation bei SCHAM

**AB 11.1 (3/3)**

auslösende Erlebnisse für Scham (Beispiele)	Hervorrufende Gedanken	Nonverbal	Verbal <small>(Wie sage ich es dem anderen, wie ich mich fühle?)</small>
Andere bemerken, dass Sie etwas Unmoralisches gemacht haben.	„Ich habe mich falsch verhalten, das macht man nicht.“	Sich abwenden, verstecken, klein machen	...
Sie werden bloßgestellt.	„Ich habe sie/ihn enttäuscht, sie/er hatten etwas anderes von mir erwartet.“	Sie sehen auf den Boden Sie meiden Personen	
Sie werden von einem, dem Sie vertrauen, verraten. ...	„Sie/er hat mich zu Recht kritisiert.“ „Ich bin hässlich.“ „Das war eine peinliche Situation.“ ...	Rückzug Rot werden ...	

nach Linehan, 1996; AB 4

## Zukunftsplan

Folgende Fragen können Ihnen dabei helfen Ihre Ziele für die Zukunft zu beschreiben:

- Was werde ich zukünftig tun (Verhalten, Lebensstil)?
- Wo werde ich zukünftig hingehen (Orte, Situationen)?
- Wie werde ich mich fühlen (Stimmung, Emotionen)?
- Wie und was werde ich denken?
- Was ist mir zukünftig wichtig?



## Warnzeichen I

AB 13.2 (1/2)

**Warnzeichen** zeigen Ihnen, dass Sie sich bereits in einer Situation befinden, welche in der Vergangenheit zu einem sexuellen Missbrauch geführt hat bzw. hätte führen können. Jeder hat individuell unterschiedliche Warnzeichen. Sie können sowohl internal (d.h. unbeobachtbar für andere) als auch external (d.h. beobachtbar für andere) sein.

- **Externale Warnzeichen:** Zeichen, die für andere sichtbar sind, wie z.B. regelmäßiger Alkoholmissbrauch, ungepflegte Erscheinung, streitlustig werden, sich von anderen Menschen zurückziehen, auf Spielplätzen umherstreifen, vermehrt Schwimmbäder aufsuchen.
- **Internale Warnzeichen:** Zeichen, die nicht von anderen beobachtbar sind, wie z.B. Gedanken, Gefühle, Fantasien.

Wenn Sie Ihre persönlichen Warnzeichen kennen, dann können Sie rechtzeitig durch konstruktives Handeln gegensteuern.

Warnzeichen können unterschiedliche Stufen der Gefährdung anzeigen. Je weiter Sie sich jedoch einem sexuellen Kontakt genähert haben, umso mehr Energie müssen Sie investieren, um den einmal beschrittenen Weg zu unterbrechen. Es kostet beispielsweise mehr Kraft und ist gefährlicher von einem 6000 m hohen Berg hinunter zu steigen als von einem Hügel im Stadtpark. Zusätzlich wird mit zunehmender Höhe die Luft dünner, es ist kalt und niemand kann Ihnen dort helfen, Ihre Handlungsmöglichkeiten schrumpfen. Mit zunehmendem Risiko, d.h. je weiter Sie sich einer tatsächlichen Missbrauchssituation bereits genähert haben (beispielsweise sitzt das Kind bereits nackt auf Ihrem Bett), wird Ihr Wille abnehmen, sich selbst von einer (erneuten) Tat abzuhalten. (Welcher Bergsteiger möchte schon 3 m vor dem Gipfel umkehren, auch wenn das Gewitter sich bereits nähert?)

### Beispiel:

	External	Internal
<b>Moderates Risiko</b>	sich von anderen zurückziehen	sich depressiv fühlen
<b>Hohes Risiko</b>	illegale Pornographie benutzen	aufdrängend erlebte sexuelle Fantasien
<b>Sehr hohes Risiko</b>	Zeit mit einem potentiellen Opfer verbringen	beginnen, eine Tat zu planen



**Strategien zum Umgang mit einem Risikofaktor bzw. einem Warnzeichen**

**HA 13.1**

**RISIKOFAKTOR**                       **WARNZEICHEN**

.....

.....

**Was kann ich zur Vorbeugung tun?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Welche(r) Gedanke(n) sind in der Situation hilfreich?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Wie kann ich mich in der Situation verhalten?**

.....

.....

.....

.....

.....

## Hinweise zur Erstellung eines persönlichen Schutzplanes

Bei Auftreten von Risikosituationen und Warnzeichen zeigt dieser Plan Ihre Schritte auf, wie Sie in solchen Situationen wirksam handeln können.

**In Ihrem Plan müssen Sie für jeden Risikofaktor und jedes Warnzeichen folgendes beachten:**

1. Wie werden Sie ihr Leben organisieren, damit dieser Risikofaktor nicht mehr auftritt? Was können Sie zur Vorbeugung tun?
2. Was sagen Sie sich selbst und wie handeln Sie, um konstruktiv mit der Situation umzugehen?
3. Was würde Ihr zukünftiges Ich sagen, tun und fühlen?

Formulieren Sie Ihre Strategien möglichst detailliert und konkret. Beispiel: Falls „Einsamkeit“ ein Risikofaktor für Sie darstellt, könnten Sie dem begegnen, indem Sie Ihren Freundes- und Bekanntenkreis erweitern. Es ist jedoch nicht ausreichend, einfach zu schreiben „mehr Freunde finden.“ Sie müssen genau beschreiben, wie Sie dies im Detail tun werden (z.B. welche Aktivitäten Sie unternehmen oder welchen Vereinen Sie sich anschließen wollen). Benennen Sie ebenfalls Gedanken, welche Ihnen bei der Umsetzung Ihrer Pläne helfen können. Bauen Sie zusätzlich Strategien ein, die Ihnen in Augenblicken mit geringer Motivation helfen können, z.B. „Freund X anrufen, damit er mich abholt, so dass ich keine Ausrede dafür habe, nicht zu einer Aktivität zu gehen“.

Bedenken Sie:

- Der beste Plan nützt nichts, wenn Sie ihn nicht umsetzen.
- Die therapeutische Arbeit geht zu Hause weiter. Die in der Gruppe gelernten Fertigkeiten müssen Sie im Alltag weiter einüben, z.B. Kontakte zu anderen erwachsenen Menschen aufnehmen, positiver Umgang mit den eigenen Gefühlen, usw.

Verwenden Sie die Arbeitsblätter (AB 13.3), um für jeden Risikofaktor und jedes Warnzeichen zu notieren, wie Sie mit diesen umgehen wollen.

# Vertrauenspersonen

Um Belastungssituationen bewältigen zu können, sind nicht nur Fähigkeiten zum Problemlösen notwendig, sondern auch die Unterstützung durch Vertrauenspersonen. Dies hilft Ihnen in besonders schwierigen Zeiten.

Vertrauenspersonen können nahe stehende Menschen wie Bekannte, Freunde und Familienmitglieder sein. Vertrauenspersonen können ebenfalls Laienhelfer oder auch professionelle Berater und Therapeuten sein. Diese Personen müssen über Ihre pädophile Neigung und über Ihr Ziel, keine sexuellen Kontakte zu Kindern aufzunehmen, Bescheid wissen. Die wirksamste Unterstützung können Sie erfahren, wenn Ihre Vertrauenspersonen möglichst gut über Sie und Ihre Lebensumstände informiert sind

---

Name der Person	Telefonnummer (mobil und Festnetz)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	



## DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich auf verschiedene Weise beim Entstehen der vorliegenden Arbeit unterstützt haben.

Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Michael Beier danke ich dafür, dass er mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld zu verwirklichen und darüber hinaus für die wissenschaftliche Betreuung über den Zeitraum der Entstehung hinweg.

Mein Dank gilt weiterhin allen Mitarbeitern des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin, die mich im Rahmen von institutioneller Supervision und vielen Gelegenheiten der kollegialen Intervision durch ungezählte Anregungen beim Erarbeiten des Therapiemanuals und bei der Durchführung der Behandlung unterstützt haben.

Allen voran möchte ich mich bei Janina Neutze für die enge und anregende Zusammenarbeit im Rahmen der Gruppentherapie, bei Christoph Josef Ahlers für die wertvollen Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung der Arbeit und bei Laura Kuhle für ihre unermüdliche Unterstützung bei der Datenauswertung bedanken.

Weiterhin gilt mein Dank Anna Konrad, Gerard Alfons Schäfer, Ingrid Mundt, David Goecker und Till Amelung, die immer offene Ohren für meine Fragen und Anliegen zeigten und Madeleine Dimitrowa, die sich durch eine stets herzliche Hilfsbereitschaft in allen organisatorischen Fragen auszeichnete.

Weiterhin möchte ich mich bei Benedikt Hampe für seine Gewissenhaftigkeit beim Korrekturlesen bedanken. Er hat sich als Außenstehender akribisch in die Thematik eingedacht und mir insbesondere dabei geholfen, von mir kurvenreich angelegte Formulierungen zu begradigen und die Arbeit damit anschaulicher zu gestalten.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei zwei Personen bedanken, die mich auf meinem beruflichen Weg begleitet und unterstützt haben.

Frau Dr. med. Sigrid Geisler gilt mein Dank sowohl für die persönliche als auch für die fachliche Begleitung in der Facharztweiterbildung und darüber hinaus für ihren ungetrübten Optimismus beim Entstehen der Idee, die vorliegende Arbeit zu verwirklichen.

Herrn Prof. Dr. med. Kurt Loewit danke ich für die zu einem großen Teil durch sein Lehren vermittelte Begeisterung für das Fach der Sexualmedizin.

**Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.**

# Erklärung

Ich, Stefan Faistbauer, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, den 16.06.2010

Stefan Faistbauer