

Ein Zusatzmodul für die *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT) – *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme*

Dorit Grundmann, Gerold Scherner, Hannes Ulrich

An Additional Module for the *Berlin Dissexuality Therapy* (BEDIT) – *Child Protection and Assumption of Responsibility*

Abstract

The BEDIT program (*Berlin Dissexuality Therapy*) fundamentally aims at strengthening the motivation for abstaining from (potentially) problematic sexual behaviors towards minors, increasing the experience of self-efficacy and behavior control. In the recently published BEDIT manual, several modules are introduced that address past problematic sexual behaviors of treatment participants. In recent years, a more differentiated therapeutic attitude has developed, additionally focusing on the (potential) harm to a child victim. Within this broadened perspective, the therapeutic effort focuses not only on working through a participant's own problematic (i.e., dissexual, abusive) past behavior, but additionally, on how a sustainable assumption of responsibility could take place and how a specific child victim could obtain adequate support.

The module *Child Protection and Assumption of Responsibility* was developed to ensure better structured documentation and replicability for other therapeutic colleagues, as well as enabling a professional discussion of these topics. As an additional module for the BEDIT program and comparable to the structure of the original BEDIT modules, the aim and rationale for the new module will be described after a brief introduction. The contents of this module and a series of possible interventions and examples are comprehensively presented.

Keywords: Treatment manual, Responsibility, Perspective adoption, Child protection.

Zusammenfassung

Die *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT) zielt primär darauf ab, bei Personen mit einem sexuellen Interesse an Kindern die Motivation zur Verhaltensabstinenz zu stärken, die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen sowie sie dazu zu befähigen, dass sie die Kontrolle über das eigene (potenziell) dissexuelle, missbräuchliche Verhalten gegenüber Kindern erlangen. Das BEDIT-Manual enthält dazu die entsprechenden Module. In den letzten Jahren ist zudem die Perspektive der kindlichen Opfer verstärkt in den Fokus gerückt. Neben der

Aufarbeitung des eigenen Verhaltens wurde daher erarbeitet, wie eine nachhaltige Verantwortungsübernahme bezüglich des eigenen Verhaltens aussehen kann und wie ein geschädigtes Kind unterstützt werden kann.

Um dieses Vorgehen auch anderen Kolleg:innen für die therapeutische Arbeit zugänglich zu machen bzw. eine fachliche Diskussion anzuregen, wurde das Modul Kinderschutz und Verantwortungsübernahme entwickelt. Analog zu den bisherigen BEDIT Modulen werden in dem Text die Ziele des Moduls und dessen Rationale beschrieben. Es werden die Modul Inhalte und die Interventionen vorgestellt, wie sie bisher am Berliner Standort des Präventionsprojektes *Kein Täter werden* zur Anwendung kommen.

Schlüsselwörter: Therapiemanual, Verantwortung, Perspektivenübernahme, Kinderschutz

Einleitung

Die Arbeit im *Dunkelfeld*, wie sie mit dem Projekt *Kein Täter werden* gegeben ist, kann dazu führen, dass Therapeut:innen in Konstellationen geraten, bei denen sie zu „Geheimnisträger:innen“ für juristisch relevante Straftaten gegenüber einem Kind werden können, womit sie vor spezielle Herausforderungen gestellt sind. Bisher fehlt dazu eine klare Struktur und Orientierung, wie mit diesen Situationen umzugehen ist, um einerseits die am Therapieprogramm Teilnehmenden in ihrem Veränderungsprozess zu unterstützen und andererseits die Interessen etwaig geschädigter Kinder/Personen zu berücksichtigen. Weiterhin ist eine nachhaltige Einstellungs- und Verhaltensveränderung bei Menschen mit pädophiler-hebephiler Neigung und vergangenen Straftaten nicht mit der klassischen „Delikttaufarbeitung“ abgeschlossen. Im BEDIT (Beier, 2018) wurde daher der Bereich des proaktiven Kinderschutzes um ein Zusatzmodul erweitert, das eine therapeutische Orientierung und Unterstützung für den Bereich der Verantwortungsübernahme mit der Möglichkeit zur Umsetzung konkreter Kinderschutzmaßnahmen vorsieht. Das Modul *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme* geht über die Inhalte der BEDIT Module hinaus, integriert diese und wird nachfolgend als ein Ergänzungsmodul vorgestellt.

Ziele

- Inhaltliche Erweiterung der bisherigen BEDIT-Module *Empathie und Perspektivenübernahme* und *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*
- Etablierung eines Grundverständnisses von der Bedeutung der Verantwortung für das eigene Verhalten und dessen Konsequenzen zu übernehmen – im Allgemeinen und speziell für potenziell schädigendes Verhalten gegenüber Kindern
- Aufklärung über die Ressourcenverluste von Menschen, die sexuelle Traumatisierung erlebt haben
- Unterstützung der Teilnehmenden bei der Erarbeitung einer verantwortungsbewussten Grundhaltung
- Stärkung von Reflexionsprozessen und der Fähigkeit zur Selbstkritik
- Förderung vollständiger Verantwortungsübernahme für eigenes (insbesondere sozio-sexuelles) Verhalten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
- Dadurch direkt oder indirekt auch Initiierung potenzieller Unterstützung und Hilfe für Opfer

Rationale

Übergeordnetes Ziel der Dissexualitätstherapie ist der Aufbau einer Verhaltenskontrolle bzgl. der eigenen sexuellen Impulse, womit die verursacherbezogene präventive Arbeit einen Beitrag zum aktiven Kinderschutz darstellt. Auch wenn das Thema der „Verantwortungsübernahme“ in der Literatur zur Effizienz, Effektivität und den längerfristigen Wirkungen von Therapien für Sexualstraftäter:innen kaum direkt erwähnt bzw. untersucht wird, so ist es dennoch fester Bestandteil der gängigen Therapieprogramme. Im forensischen Kontext geschieht dies meist innerhalb der Deliktbearbeitung und wird dort als wesentliches Ziel des Veränderungsprozesses mit zentraler Bedeutung für die Rückfallprävention beschrieben. Beispiele hierfür finden sich im *Reasoning and Rehabilitation Program* (R&R), dem *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (BPS-R), dem *Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders* und dem *Sex Offender Treatment Program* (SOTP). Es ist daher theoretisch plausibel und auch empirisch gestützt, dass die geförderte/erreichte Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme für das aktuelle und vergangene sexuelle Verhalten gegenüber Minderjährigen (sowohl im direkten wie auch indirekten Kontakt über den Konsum von Missbrauchsdarstellungen) die Verhaltenskontrolle für zukünftiges Verhalten stärken kann. Einige Behandlungsprogramme sehen das Bekenntnis zur Tat, die Reflektion der möglichen Ursachen und auslösenden Momente sowie die Bereitschaft, sich professioneller Hilfe zu stellen, ex-

plizit als Indikator für Fortschritte im therapeutischen Prozess an. Im Rahmen der BEDIT-Behandlung wird neben der Analyse des vergangenen Verhaltens (Modul *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*), der Identifikation kognitiver Verzerrungen (Modul *Wahrnehmung*) und der Auseinandersetzung mit den potenziell traumatischen Folgen des eigenen Verhaltens für andere (Modul *Empathie und Perspektivenübernahme*), der Umgang mit assoziierten Schuld- und Schamgefühlen thematisiert – Die „Verantwortungsübernahme für das eigene sexuelle Verhalten“ ist somit zwar grundsätzlich in den genannten Modulen impliziert, das Modul *Kinderschutz und Verantwortungsübernahme* expliziert und vertieft dieses Thema jedoch deutlich.

Um eine Balance zwischen den Bedürfnissen der am Therapieprogramm Teilnehmenden, den relevanten Veränderungsprozessen und der eigenen therapeutischen Position (aktiver Kinderschutz) herzustellen, ist es hilfreich, eine Grundhaltung einzunehmen, wie sie der folgende Leitsatz beschreibt:

Besteht ein sexuell grenzverletzendes, i.e. dissexuelles Verhalten, muss seitens der verursachenden Person dem potenziell geschädigten kindlichen Opfer gegenüber eine vollständige Verantwortungsübernahme forciert werden, inklusive der konkreten Auseinandersetzung damit, was im Einzelfall für das Kind getan werden könnte.

Nur wenn die am Therapieprogramm Teilnehmenden anerkennen und es aushalten, dass das eigene sexuelle Verhalten Folgen bei anderen verursacht und dass sie (aufgrund der fehlenden/nicht möglichen Einvernehmlichkeit bezüglich sexueller Kontakte mit Kindern) dafür die vollständige Verantwortung zu tragen haben, kann eine nachhaltige Veränderung der inneren Haltung erreicht werden. Dies kann auch die Basis für das Ziel einer vollständigen Verhaltenskontrolle bzw. Abstinenz bilden. Wie dieser Prozess verläuft und wie mit den etwaigen Folgen für das geschädigte Kind umgegangen wird, kann sich von Fall zu Fall stark unterscheiden.

Modulinhalt

Da es schwierig ist, die Themen dieses Moduls in den zeitlichen Therapieverlauf einzubetten, sollte dieses Modul in einem übergeordneten Sinne gehandhabt werden. Dazu ist es einerseits unerlässlich, dass die Therapeut:innen eine achtsame **Grundhaltung** gegenüber den (potenziell) geschädigten Kindern einnehmen, während für die Teilnehmenden der Fokus auf das eigene problematische sexuelle Verhalten gerichtet ist und dieses reflektiert wird. Dabei kann auf bereits Erarbeitetes aus dem Modul *Sexuelle Fantasien und sexuelle Handlungen*, sowie Modul *Empathie und Perspektivenübernahme* rekuriert werden. Besonders bei der Auseinandersetzung mit der kindlichen

Perspektive ist die Anknüpfung an die evidenzbasierte Traumatherapie zu empfehlen, die den Fokus auf die Ressourcenverluste legt, welche eine sexuelle Traumatisierung bedingen kann (vgl. Exkurs). Grundsätzlich ist es empfehlenswert, so früh wie möglich im therapeutischen Prozess proaktiv das Thema der Verantwortungsübernahme gegenüber geschädigten Kindern einzubringen und die entsprechenden Interventionen in die bereits genannten Module zu integrieren.

Exkurs

Kinder erleben bei Missbrauchshandlungen einen tiefgreifenden Verlust von Sicherheit und Geborgenheit. In der Folge sind sie oftmals nicht in der Lage, offen und vertrauensvoll die Welt zu erkunden und in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung meist eingeschränkt. So verlieren bspw. Normen für sexuelles körperliches Verhalten, die außerhalb des Zuhauses erwartet werden, ihre Gültigkeit, so dass Betroffene in ihrer Urteilsfähigkeit hinsichtlich der sozialen Realität beeinträchtigt sind. Zudem wird das soziale Umfeld als wenig unterstützend wahrgenommen, weil es ihnen schwerfällt, eine authentische Verbundenheit zu Personen im näheren Umfeld zu entwickeln. Die Schwere der Betroffenheit von interpersonellen sexuellen Grenzverletzungen geht dementsprechend mit dem erhöhten Risiko einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung einher (Cloitre, Cohen & Koenen, 2014).

Die Ressourcenverluste durch sexuelle Traumatisierung betreffen: 1) die gesunde Bindungsfähigkeit, 2) die Entwicklung emotionaler und sozialer Kompetenzen sowie 3) das Vertrauen in die Unterstützung durch das soziale Umfeld. Evidenzbasierte Traumatherapien zielen daher darauf ab, diese entsprechenden Ressourcen (i.e., emotionale und soziale Kompetenzen) aufzubauen. Dies kann eine Voraussetzung dafür sein, dass die traumatischen Ereignisse im therapeutischen Prozess emotional verarbeitet werden.

Die Fragen nach den Folgen für die geschädigten Personen und der nach der **Bedeutung** des eigenen dissexuellen Verhaltens können einen Zugang zu innerpsychischen Konflikten, Ambivalenzerleben, assoziierten Gefühlen von Scham und Schuld, sowie zu nicht integriertem eigenem Problemverhalten in der Biographie eröffnen. Eine Bearbeitung dieser Themen kann für die an der Therapie Teilnehmenden auch mit weiteren positiven Veränderungen verknüpft sein, indem bspw. eine Herausarbeitung oder Klärung von Ambivalenzen stattfindet und vergangene Grenzverletzungen in das eigene Selbstbild integriert werden können. Für das therapeutische Vorgehen ist es wichtig, eine Balance zu finden, zwischen kritischem Hinterfragen, wertschätzendem Begleiten und der Konkretisierung von Umsetzungsmöglichkeiten für die eigene Verantwortungsübernahme.

Die Erarbeitung der eigenen Verantwortungsübernahme einschließlich der Möglichkeiten diese bezüglich des vergan-

genen Verhaltens umzusetzen, ist ein individueller Prozess, für den kein für alle gleichermaßen passendes Vorgehen beschrieben werden kann. „Was bedeutet für mich Verantwortungsübernahme?“ kann dabei als kritische und anregende Leitfrage genutzt werden, um sich diesem Prozess anzunähern. Die nachfolgenden Interventionsbeschreibungen sind beispielhaft zu verstehen und die letztliche Verantwortung, entsprechende Kinderschutzoptionen umzusetzen, obliegt den Patient:innen.

Bei im *Dunkelfeld* begangenen Taten kann dieses Vorgehen auch die Therapeut:innen vor persönliche Herausforderungen stellen. Wenn Teilnehmende der Therapie bspw. von konkreten Missbrauchstaten berichten, die bisher keiner anderen Person bekannt sind, können sich bei den Behandelnden – unabhängig von der bestehenden Schweigepflicht – ethische Konflikte mit hohem Belastungspotential entwickeln. Regelmäßige Intervention und Supervision sind dafür geeignete Kontexte, um dieses Erleben aktiv zu thematisieren und eine mögliche Beeinflussung der therapeutischen Beziehung zu reflektieren.

Interventionen

- Vor Behandlungsbeginn ist transparent mit den Teilnehmenden zu besprechen oder in den Therapievereinbarungen schriftlich zu fixieren, dass für eine professionelle und ethisch fundierte therapeutische Arbeit die Auseinandersetzung mit den Folgen des eigenen Handelns für andere unabdingbar ist.

Diskutieren Sie:

- Wie geht es den Teilnehmenden damit?
- Lässt sich ein Zusammenhang zur Therapie- und Veränderungsmotivation herstellen?
- Kinderschutz-Rating: Klären Sie im Falle berichteter dissexueller Verhaltensweisen (vgl. Abb. 1):
 - Ist der sexuelle Übergriff Bezugspersonen des Opfers oder anderen bekannt?
 - Ist bekannt, ob das Opfer Unterstützung/Hilfsangebote erhalten hat?
 - Wäre es wichtig, davon zu wissen? Was könnten die Teilnehmenden gegebenenfalls selbst dazu beitragen, dass Hilfsmaßnahmen/Beratung/Therapie angeboten werden?
 - Differenzierung verschiedener Ausgangslagen entsprechend des Kinderschutz-Ratings und Anwendung der möglichen Handlungswege (vgl. nachfolgenden Exkurs)

1. Vorhandene Opfer: Anzahl Opfer: _____ Datum: ____ . ____ . 20____ PIN: _____

Interventionsbedarf

CSA Zeitraum	Alter des Kindes	Intensität des Übergriffs	Justizbekanntheit	Soziale Bekanntheit	Opferschutz	Opferbekanntheit
<input type="checkbox"/> > 5 Jahren <input type="checkbox"/> vor 2 - 5 Jahren <input type="checkbox"/> in letzten 2 Jahren <input type="checkbox"/> fortlaufend	Altersunterschied bei Übergriff: ____ Jahre <input type="checkbox"/> heute > 18 Jahre <input type="checkbox"/> heute < 18 Jahre	<input type="checkbox"/> Niedrig (z.B. ohne Genitalkontakt) <input type="checkbox"/> Mittel (z.B. mit Genitalkontakt) <input type="checkbox"/> Hoch (z.B. mehrfach o. Penetration)	<input type="checkbox"/> Hellfeld: CSA strafrechtlich verfolgt <input type="checkbox"/> Dunkelfeld: strafrechtlich nicht verfolgt	<input type="checkbox"/> Dritten bekannt (z.B. Kindsmutter-, vater, Angehörigen) <input type="checkbox"/> keiner dritten Person bekannt	<input type="checkbox"/> PIN weiß von eingeleiteten Opferschutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> PIN weiß <u>nicht</u> von eingeleiteten Opferschutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Kind ist <u>nicht</u> namentlich u./o. wohnhaft bekannt <input type="checkbox"/> Kind ist namentlich u./o. wohnhaft <u>bekannt</u>

2. Potentielle Opfer

CSA Risiko	CSA lifetime	Soziale Kontrolle & sexuelle Motivation	Tatvorbereitung	Zusätzliche akute Risikofaktoren	Bekanntheit des potentiellen Opfers
<input type="checkbox"/> derzeit kein Risiko <input type="checkbox"/> Risiko	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → zusätzlich: 1. vorhandenes Opfer	<input type="checkbox"/> kein Kontakt zu präferierten Kindern <input type="checkbox"/> sozial kontrollierter Kontakt zu präferierten Kinder <input type="checkbox"/> sozial unkontrollierter Kontakt zu präferierten Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sexuelle Fantasien mit Kind <input type="checkbox"/> Grooming <input type="checkbox"/> Verabredungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sexuelle Befassthheit emotionaler Zusammenbruch <input type="checkbox"/> Zusammenbruch sozialer Unterstützung <input type="checkbox"/> Substanzmissbrauch	<input type="checkbox"/> Kind ist <u>nicht</u> namentlich u./o. wohnhaft bekannt <input type="checkbox"/> Kind ist namentlich u./o. wohnhaft <u>bekannt</u>

3. Bereits angebotene Hilfe o.ä.: _____

Abb. 1: Fragebogen zu dissexuellen Verhaltensweisen

Exkurs

Beispiele für konkrete Hilfestellungen/Kinderschutzoptionen abhängig vom Gefährdungsgrad

1. Fokus auf aktuelles und vergangenes problematisches Verhalten mit Kindern
 - a. Konkrete Erfassung des problematischen Verhaltens sowie des (potenziellen) Schadens für Opfer (opfergerechte Täter:innenarbeit) als Haltung bei Therapeut:innen
 - b. Grundhaltung der opfergerechten Täter:innenarbeit
 - c. Dezierte Dokumentation in den Therapiemitschriften
 2. Bei ausschließlicher Nutzung von Missbrauchsdarstellungen (ohne direktes Problemverhalten mit Kindern)
 - a. Haltung zum potenziellen Opferschaden? Bedeutung für Nutzende?
 - b. Konsequenzen für eigenes und zukünftiges Verhalten?
 3. Bei stattgefundenem dissexuellen oder missbräuchlichen Verhalten in der Vergangenheit
 - a. Haltung zum (potenziellen) Opferschaden? Bekanntheit gegenüber Dritten?
 - b. Ist bekannt, ob Opfer Unterstützung/Hilfe bekommen hat? Relevanz für eigene Haltung/Verantwortungsübernahme?
 - c. Informationen zu regionalen Anlaufstellen und Angeboten zur Opferschutzberatung
 4. Bei aktuellem/akutem dissexuellen oder missbräuchlichen Verhalten
 - a. Aufklärungsgespräch über möglichen Umgang mit der Gefährdungslage und mögliche Interventionen im Sinne des Opferschutzes (Vermittlung von Kontakten zu Opferschutzverbänden, Anlaufstellen für Opferberatung, Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung)
 - Eskalation des Risikomanagements (siehe BEDIT *Vorgehen in Grenzfällen*)
 - Besprechung und ggf. Unterzeichnung einer abweichenden Risikoeinschätzung
 - Einweihung dritter Personen oder Sorgeberechtigter (ggf. auch gemeinsam) – akuter Schutz des Kindes im Fokus
 - Gemeinsame Abwägung zum Thema Selbstanzeige
 - b. Kontakt mit insoweit erfahrener Fachkraft (vgl. Kinderschutzgesetz BKiSchG, Art.1, §4[1]), um gemeinsam geeignete Schritte zur Umsetzung von Hilfsmaßnahmen für das betroffene Kind zu eruieren (Kinderschutzbund, Jugendamt)
 - Im Rahmen des BEDIT Modul 7 *Empathie und Perspektivübernahme* die Folgen von sexuell grenzverletzendem Verhalten für Kinder/Jugendliche verdeutlichen und eventuell Handlungsoptionen erarbeiten
 - Lassen Sie die Teilnehmenden dazu auch ihre Perspektiven zusammentragen, was Kinder als mögliche kurzfristige und langfristige Folgen nach sexuellen Grenzverletzungen durch Erwachsene erleben
- Welche Ressourcen verlieren Personen, die sexuelle Traumatisierung erfahren? Welche Folgen könnten in verschiedenen Lebensbereichen auftreten (psychisch, sozial, emotional, sexuell, schulisch/beruflich, Persönlichkeitsentwicklung, Beziehungen etc.)?
 - Ergänzen Sie diese Ausführungen um die nach dem empirischen Erkenntnisstand bekannten Folgen bei sexueller Traumatisierung
 - Erarbeitung der möglichen negativen Folgen des eigenen vergangenen Verhaltens für andere: Haben die Teilnehmenden eine Idee, wie es dem eigenen Opfer damals ging beziehungsweise heute geht (jetziges Alter des Opfers)? Welche Bedeutung hätte es, darüber etwas zu wissen?
 - Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen, die entstehen können, wenn sich die Teilnehmenden die Konsequenzen ihres vergangenen Verhaltens vor Augen führen
 - Psychoedukation zu Schuld- und Schamgefühlen
 - Differenzierung zwischen tatsächlicher Schuld aufgrund von vergangenem Fehlverhalten, der Option der Verantwortungsübernahme für dieses Verhalten und dem assoziierten Schuldgefühl in der aktuellen Lebensphase
 - Wieviel Schuldgefühl „hilft“ für Verantwortungsübernahme? Wem hilft das möglicherweise persistierende Schuldgefühl?
 - „Zu viel“ Schuldgefühl möglicherweise auch hinderlich für erfolgreiche Verantwortungsübernahme, eventuell kann dieses auch als Coping-Mechanismus (dysfunktionales emotionales Coping) eingestuft werden
 - Information und Aufklärung über Vorgehen der Fachstellen, um Ängste abzubauen, was im Falle einer Offenbarung von Missbrauchstaten möglicherweise passieren kann. Hier ist es hilfreich, wenn Therapierende mit Trägern und Anlaufstellen vernetzt sind, um darüber auch adäquat Auskunft geben zu können.
 - Beziehung zum Opfer – Bekanntheitsgrad und Verhältnis zum Opfer thematisieren (im *Dunkelfeld* aus klinischer Erfahrung häufig relevant): Was bedeutet die Auseinandersetzung mit dem eigenen dissexuellen Verhalten und den potenziellen Folgen für das Kind für die Teilnehmenden? Was bedeutet dies für etwaige perspektivische Kontakte mit dem Kind?
 - Wie lässt sich die Übernahme von Verantwortung für eigenes Fehlverhalten im Einzelfall konkret umsetzen?
 - *Konkrete Handlungen* könnten bspw. sein: Offenbarung gegenüber einem weiteren Erwachsenen, dass ein Kind geschädigt wurde; Einleitung von Hilfsmaßnahmen für das Kind; Information an Jugendamt; Selbstanzeige
 - *symbolische Handlungen* könnten bspw. sein: Spenden für Opferschutzorganisationen für sexuellen Kindesmissbrauch (www.fond-missbrauch.de); Brief an das eigene Opfer formulieren (ohne diesen abzuschicken); Rollenspiel

- für ein Gespräch zur Verantwortungsübernahme
- Für den Fall, dass Teilnehmende nicht bereit oder motiviert dafür sind, Verantwortung für das eigene dissexuelle Verhalten zu übernehmen, auch wenn das Thema mehrfach im therapeutischen Prozess angesprochen wurde, ist im Einzelfall zu prüfen, was dies für die Fortsetzung der Behandlung bedeuten kann. Dies kann die Frage beinhalten, inwiefern eine ausreichende Veränderungsmotivation (im Sinne von Verantwortungsübernahme) vorhanden ist oder inwiefern die Behandlungsziele nicht mitgetragen werden. Gegebenenfalls kann dies nach gemeinsamer kritischer Betrachtung auch einen Therapieabbruch zur Folge haben.

Exemplarischer Therapiedialog zur Auseinandersetzung mit der „Beziehung“ zum geschädigten Kind, wenn bspw. weiterhin Kontakt besteht.

P (27J), männlich, pädo-teleiophile Sexualpräferenz; mit 17 Jahren sexuelle Missbrauchshandlungen (genitale Berührung unter der Unterwäsche) gegenüber der Schwester (-11); beide leben noch im gemeinsamen Haushalt mit der Mutter, die nicht über das Verhalten informiert ist. Gespräch in Anfangsphase der Therapie:

Therapeutin: Wie ist es für Sie aktuell im Kontakt mit Ihrer Schwester?

P: Der Kontakt ist ganz gut. Wir verstehen uns miteinander, unterhalten uns manchmal. Es geht mir aber nicht gut damit, was damals passiert ist.

T: Das ist nachvollziehbar. Wissen Sie, wie es Ihrer Schwester mit der Situation geht?

P: Nein, ich habe mich nicht getraut den Vorfall noch mal anzusprechen, weil ich nicht weiß, ob sie sich noch daran erinnert.

T: Haben Sie den Eindruck oder vermuten Sie, dass die sexuelle Grenzverletzung gegenüber Ihrer Schwester Konsequenzen für diese hatte oder noch hat?

P: Mh... nein, das finde ich schwer zu beurteilen.

T: Was glauben Sie könnte Ihnen dabei helfen, das besser beurteilen zu können?

P: Na vermutlich, wenn ich wüsste, ob sie sich noch daran erinnert, ob sie eventuell deswegen Schwierigkeiten hat, sich auf eine Beziehung einzulassen, ob sie mich als Bruder sieht oder Angst vor mir hat. Manchmal denke ich, es wäre vielleicht für beide besser, wenn wir mal darüber reden könnten.

Verallgemeinertes weiteres Vorgehen und mögliche therapeutische Interventionen:

- Im therapeutischen Rollenspiel kann ein erstes „Gespräch mit der geschädigten Person“ stattfinden. Darüber können Teilnehmende für sich klären und verstehen, welche Bedürfnisse in der Beziehung zur geschädigten Person dabei relevant sind.
- Diskussion im Einzel- oder Gruppengespräch, welche weiteren Optionen für Teilnehmende bestehen, mit diesen Bedürfnissen (z.B. nach Austausch, Verständigung, aber auch Orientierung, Klarheit) umzugehen → verschiedene Optionen abwägen, Möglichkeiten aufzeigen
- Wenn der Vorschlag eingebracht wird, die geschädigte Person anzusprechen, sich ggf. zu entschuldigen und Verantwortung für damaliges Fehlverhalten zu übernehmen → reflektieren Sie gemeinsam:
 - Was würde das für die Beteiligten, insbesondere die geschädigte Person, bedeuten?
 - Wäre es sinnvoll, jemanden zum Gespräch dazu zu bitten (andere Angehörige, Bezugspersonen der geschädigten Person ...)?
 - Wie könnte die geschädigte Person behutsam angesprochen werden, ohne sie zu beschämen?
 - Wie kann man sich für das eigene Fehlverhalten verantwortungsbewusst „entschuldigen“ und einfühlsam auf die Situation des Gegenübers eingehen?
 - Wie lässt sich nachfragen, wie es der geschädigten Person mit der Situation ging oder geht und ob in Zukunft etwas passieren müsste (z.B. Opferschutzberatung)?
- Ob ein Gespräch dann auch tatsächlich stattfindet und sich der/die Betreffende zum jetzigen Zeitpunkt für diesen Schritt der Verantwortungsübernahme und möglicher Konsequenzen bereit fühlt, ist explizit zu prüfen.
- Verlaufskontrolle, Besprechung des Ergebnisses, gegebenenfalls Unterstützung bei weiteren Schritten oder Kontaktaufnahmen mit Opferschutz-Einrichtungen.

Literatur

- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K.C., 2014. Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit: Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen. Hogrefe, Göttingen.

Autor:innen

Dr. rer. medic., Dipl.-Psych. Dorit Grundmann, Dipl.-Psych. Gerold Scherner, M.Sc. Hannes Ulrich, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, 10117 Berlin, e-mail: dorit.grundmann@charite.de