

**Tätertherapie und Gesellschaft  
Prävention und Opferschutz**

***Dr. med. Monika Hollub, Schleswig***

Vortrag vor der Norddeutschen Gesellschaft für angewandte Psychotherapie  
am 14.05.2011 in der Curtiusklinik Bad Malente-Gremsmühlen.

# Tätertherapie und Gesellschaft

---

## Prävention und Opferschutz

14.05.2011 NGaT



# Gliederung

1. Ätiologie und Persönlichkeit
2. Neurobiologie und Hirnstrukturen
3. Indikation, Diagnostik, Therapie
4. Prävention und Ressourcen
5. Zivilcourage
6. Situations- oder Persönlichkeitstäter
7. Gruppentherapie und Verhaltensanalyse
8. Paraphilie und Präferenzstörung





# PROBLEMAKTUALISIERUNG

Problemklärung: Straftäter sind heterogen motiviert.

Bei verschiedenen Tätergruppen finden sich Hinweise auf neurobiologische Veränderungen (strukturelle und funktionelle).

Nicht einmal die meisten Sexualstraftaten werden von psychisch Kranken begangen. Aber: Störungen können behandelt werden.

Psychiatrische und neurologische Erkrankungen begünstigen Straftaten, wie sich auch oft psychopathologische Auffälligkeiten (ohne eigentliche Störung) finden. Deshalb geht es bei der Behandlung auch um Ressourcenaktivierung als Schutzfaktor neben spezifischen Therapiemodulen, Neugier auf den Patienten, sein Leben, seine ungelebten Seiten, Träume und Wünsche. Dies bedingt Wertschätzung, die verloren gegangen sein mag neben sozialpädagogischer Einflussnahme.





# Risikofaktoren

Nach Prof.Dr.W.Berner und Prof.Dr.P.Briken sind wir „weit davon entfernt, in der Behandlung von sexuellen Präferenzstörungen nach einer einzigen Ursache zu suchen. Es gibt ganz unterschiedliche Wege der Entstehung solcher Störungen, die von körperlichen Veranlagungen über Erfahrungen in den Primärbeziehungen, sexuell traumatischen oder Gewalterlebnissen in der Kindheit bis hin zu aktuellen Störungen der emotionalen Regulation und sozialen Anpassung reichen. Alle diese Faktoren dürften in jeweils unterschiedlicher Quantität zur Entstehung beitragen....Auch die medikamentöse Behandlung differenziert sich ständig weiter“.

Aus: Therapieangebote für Männer mit sexuellen Präferenzstörungen und Sexualdelinquenz (2010)



# Risikofaktoren

Täter begeht einen strafrechtlich relevanten Übergriff im vollen Bewusstsein des Unrechts, ohne Rücksicht auf die augenblickliche oder spätere Wirkung auf das Opfer. Es geht um die augenblickliche Befriedigung für den Täter, auch um Rache und Feindseligkeit dem Opfer gegenüber, um Rücksichtslosigkeit.

Täter leidet an einer psychischen Störung, da die Kontrolle über die Handlungsimpulse verloren gegangen ist (Störungen der Sexualpräferenz, paraphilieverwandte Störungen, psychoorganische Beeinträchtigung, affektive Störungen, Zwang-, Sucht-, Angststörungen, Impulshandlungen, ADHD, Persönlichkeitsstörungen).

Fließende Übergänge, immer ist Element von Beziehungsfeindlichkeit beteiligt und Ausblenden der Opferinteressen.

Es gibt Leitlinien der Behandlung (pädagogische Lernprogramme, Psychotherapie, Medikation)



# Neurobiologische Grundlagen sexuellen Erlebens

Kortikale und subkortikale Hirnareale sind beteiligt, welche überwiegend auch bei der Bearbeitung emotionaler Reize beteiligt sind.

Wenngleich Sexualität keine Basisemotion ist, hat sich ein analoges Bewertungssystem von Sexualität wie bei der Emotionsforschung bewährt.

Ein Vierkomponentenmodell nach Redoute (2000) unterscheidet die kognitive Bewertung eines Reizes, die motivationale Hinwendung und Verhaltensausrichtung, die Bewertung nach hedonistischer Qualität sowie die autonome Reaktion, die an den beteiligten physiologischen Veränderungen kenntlich wird.

Diese verschiedenen Komponenten lassen sich unterschiedlichen Hirnstrukturen zuordnen.



# Unterschiedliche Hirnstrukturen und neurologische Beeinträchtigungen

An der sexuellen Erregung beteiligte Areale wie Hypothalamus, Amygdala, Temporalregion, sind zu unterscheiden von den die sexuelle Erregung kontrollierenden höheren kortikalen und präfrontalen Hirnarealen.

Frontale und temporale Hirnareale sind wesentlich in die Ätiopathogenese aggressiver und sexueller Handlungen, Verhaltensweisen, eingebunden.

Diese Areale, insbesondere temporale Areale, sind relevant bei der Regulation aggressiven und sexuellen Verhaltens.

Klüver-Bucy-Syndrom (1937): Hypersexualität bei bitemporalen Läsionen (z.B. Schlaganfällen). Frage: kommt es über die Enthemmung zu einer Demaskierung bereits prämorbid vorhandener paraphiler Neigungen oder betreffen die Hirnveränderungen hierfür spezifische Hirnstrukturen für sexuelles/paraphiles Verhalten?





# Problemaktualisierung

Bei der Behandlung kann sich eine medizinische oder kriminologische Indikation für z.B. eine antiandrogene Therapie ergeben. Eine solche Maßnahme muss verhältnismäßig sein und den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechen.

Ethik, Menschenrechte, Opferschutz sind ebenso bedeutsam.

Da die Gesellschaft betroffen ist, Konflikte in Gruppen entstehen, ist Gruppentherapie (DBT, kog.VT) eine effektive Therapieform.

Durch Therapie konnte die Rückfallrate um bis zu 50% in der Behandlungsgruppe in der Schweiz gesenkt werden (PD Dr.F.Urbaniok 2011).

Zu Beginn steht eine differenzierte Diagnostik



# Diagnostik

Zunächst im Einzelgespräch Exploration der Persönlichkeit, psychosexuellen Entwicklung, des sozialen Umfeldes, der Stressoren und bisherigen Copingstrategien.

Identifikation von chronischen Risikofaktoren, eines evtl. instabilen Lebensstils (z.B. kriminelles Umfeld) und anderer Stressoren mit sozialer Anpassungsbeeinträchtigung.

Verschiedene Testungen (PCL, SVR-20 , SAPROF, Static-99 u.a.)

Identifizierung des vorherrschenden Bindungsstils (sicher, unsicher-ängstlich, unsicher-ambivalent, kalt-feindlich).



# Diagnostik

Schon vor dem 18. Lebensjahr können sich sexuell deviante Phantasien entwickeln, die später in Handlungen umgesetzt werden. Ursprünglich leitet sich von einer Phantasie, von einer sensorischen Prækonditionierung, schließlich konditioniertes Verhalten ab, welches als Aufhänger für eine Handlung fungiert und Belohnungswert besitzt.

Stimulus-Kontroll-Modell: bei mangelnder Hemmung (Impulskontrollstörung) resultiert aus devianten Stimuli eine selektiv höhere Erregbarkeit (sexuelles Erregungsmuster und emotionale Dysregulation).

Solche Fantasien sind aber weder notwendig für sexuelle Übergriffe, noch folgt daraus ein unkontrolliertes Handeln entsprechend solcher Phantasien. Vielmehr beeinflussen sich Phantasien und Handeln wechselseitig.

Neben der quantitativen Ausprägung (Intensität) spielt die qualitative Komponente (Bedeutung und Funktion) eine wesentliche Rolle.

(Dr.A. Mokros 2011: „von der Phantasie zur Tat“)



# Diagnostik

Morgenthaler: narzisstische Plombe: Sexualphantasien und Masturbationsaktivität stabilisiert das Selbstwertgefühl, zumal ein Zusammenhang besteht zwischen Stimmung und affektiver Reaktion auf Konflikte.

Sie dienen der Spannungsabfuhr und dem Abbau von negativen emotionalen Zuständen (Ärger, Einsamkeit, Beschämung und Demütigung).

Viele Menschen werden trotz solcher devianter Sexualphantasien nicht straffällig: es muss eine Passung und Übereinstimmung mit dem Phantasiegehalt (sexuelles Erregungsmuster) und der Tat (emotionale Dysregulation) geben.

Daneben liegt oft eine mangelnde Fähigkeit vor, zwischen Realität und Fiktion zu unterscheiden (Internetspiele) neben einer gestörten Symbolisierungsfähigkeit.

(Dr.A. Mokros 2011: „von der Phantasie zur Tat“)



# Diagnostik

## Konstellationen:

Feindseligkeit, Mythen, narzisstische Berechtigungsüberzeugung, situative Faktoren wie enthemmender Alkohol und Drogen, Kettenreaktion, Macht-Ohnmacht, Dissozialität, Präferenzstörung.

Cruising: aktive Suche nach Opfer mit der Absicht, deviante sexuelle Handlungen entsprechend der eigenen Phantasien auszuüben.

Impulsiv-zwanghaftes Verhalten: ritual- und tranceartig über Stunden



# Diagnostik

Was hilft, nicht straffällig zu werden?

Risikofaktoren benennen und ändern, wie zum Beispiel:  
sexualisiertes Grübeln beenden, sexuelle Präferenzstörung kontrollieren neben Impulskontrolle, Bearbeitung der Dissozialität (Feindseligkeit), Strukturierung eines unsteten Tagesablaufes (Bequemlichkeit, Gelegenheit, rationale Entscheidung bei unakzeptablen, gesellschaftlich verpönten Zielen, Kosten-Nutzen-Analyse bei Phantasie-Visualisierung und kognitiver Weiterentwicklung mit dem Ziel der Integration und Planung).

(Hanson & Morton-Bourgon)

Schutzfaktoren (SAPROF) benennen, Psychotherapie, Medikation





# Medikation und Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen, z.B. SOTP („Sex Offender Treatment Programme“ aus England, in HH eingesetzt: 90 Sitzungen zu 20 Blöcken): kognitive Umstrukturierung von kognitiven Verzerrungen, die die Tat „erlauben“ und Ersatz durch realistische Kognitionen. Verstärkung von positiven Einsichten, die auch als Modell dienen, um Therapieziele zu erreichen.

Medikation: 1. SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), 2. CPA (Cyproteronacetat) +/- SSRI, 3. Luteinisierendes-Hormon-Release-Hormon-(LHRH-) Agonisten = Gonadotropin-(Gn)RH-Analoga +/- CPA  
zudem: Pharmakotherapie komorbider Störungen (Sucht, Depression, Angst, Zwang, Impulskontrollstörung, Persönlichkeitsstörung).



# Therapieziele

- Übernahme von Verantwortung für das eigene Verhalten
- Stärkung der Motivation, aktiv an der Vermeidung von Rückfällen mitzuarbeiten
- Entwicklung sozialer und kognitiver Fähigkeiten, die die Person für ein Leben ohne Sexualstraftaten benötigt.
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Ggf. Stärkung alternativer sexueller Verhaltensweisen
- Verbesserung der Empathiefähigkeit
- Stärkung von Ressourcen

Nach W.Berner, P.Briken (2010)







# Risikofaktoren

Nach Prof.Dr.J.L.Müller und P.Fromberger verändern LHRH (Luteinisierende-Hormon-Releasing-Hormon-)Agonisten die Aktivierbarkeit von Hirnarealen, indem sie die kortikalen Areale stärker aktivieren und die subkortikalen (wie Hypothalamus, Amygdala, Insula, Substantia nigra, Hippocampus, anteriorem cingulum) hemmen. Das bedeutet, dass bei sexuellen Präferenzstörungen beteiligte Hirnareale unterschiedlich aktivierbar sind sowohl bei der Emotionsverarbeitung als auch beim Prozessieren sexueller Stimuli und dass unterschiedliche Hirnareale beteiligt sind.





# Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilie) nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Wiederkehrende, intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen (nichtmenschliche Objekte, Leiden oder Demütigung von sich selbst oder Partner, Kinder oder andere nichteinwilligende bzw. nichteinwilligungsfähige Personen), z.B. Pädophilie, Exhibitionismus, Sadomasochismus.

Dauer der Symptome mindestens 6 Monate, Störung hat obligaten oder episodischen Charakter, führt zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen.

Ausleben der Störung, beim Sadomasochismus evtl. einvernehmlich mit einem Partner (dann „Vorliebe“ und nicht Störung).

Schwerekriterien (Progredienz, Paraphilie verwandte Störung: obsessiv-kompulsiver Komplex: Sucht, Zwang, Impulsivität) und Beurteilung der Schuldfähigkeit: Maßregelvollzug).



# Prävention und Zivilcourage

Oft sehen viele zu oder weg: stillschweigende Übereinstimmung mit dem Täter? Oftmals reicht eine kleine Reaktion (Zurufen: „hören Sie auf“) aus, um Dissonanz zum Ausdruck zu bringen und den Täter zu stoppen. Am Tag laufen 70 Krimis im Fernsehen (Desensibilisierung?)

Mut ist eine persönliche Tugend.

Der Wert der Zivilcourage ist eine moralische Tugend, die wir den anderen Mitmenschen – für uns selber – wünschen, da sie den gesellschaftlichen Werten entspricht.

Sie hat aber nur einen geringen Stellenwert (Kinder sollen nicht widersprechen, Petzen ist verpönt, Einmischung peinlich, da Nestbeschmutzer).

Zivilcourage ist anlassabhängig: wenn viele zusehen, verschiebt sich die Verantwortung auf viele und wird für den Einzelnen immer geringer.....

(Dr.A.Kastner 2011: „Öffentliche Gewaltexzesse und Zivilcourage“)



# Zivilcourage und Prävention

Verschiebung der Grenzen von Privat nach Gesellschaft/ d.h. Öffentlichkeit (Gewalt in der Ehe, Gewalt gegen Kinder).

Determinanten für Zivilcourage: Selbstsicherheit, moralische/weltanschauliche Vorstellungen, Verantwortungsbewusstsein und –übernahme, sozialer Status, Situationsmerkmale, Abenteuerlust (sensation seeking: Tapferkeit für die gerechte Sache), Wunsch nach Berühmtheit, normative Empathie und Altruismus, Zeitdruck vermindert Hilfsbereitschaft.

Soziale Verantwortung wird übernommen, wenn Unabhängigkeit, Selbstvertrauen, in der Biografie eine liebevolle Beziehung zu wenigstens einer Bezugsperson bestand.



# Interventionsablauf

Ereignis bemerken und eigener Wahrnehmung trauen.

Einschätzen der Situation als „Eingreifen erforderlich“ (entgegen pluralistischer Ignoranz), da wahrgenommene Ähnlichkeit der Situation mit eigenen Erlebnissen korrespondiert (prosoziale Motivation)

Verantwortung übernehmen: Verantwortungsdiffusion entsteht dann, wenn Unklarheit besteht und Bewertungsangst (Blamage) aufkommt.

Eigenes Entsetzen (auch bei der Therapie) überwinden und rational nach der Kosten-Nutzen-Rechnung bewerten (Rückfallhäufigkeit wesentlich geringer bei Therapie). Es geht auch um einen ruhigeren Schlaf der Helfer.

Abwehrprozesse: Verneinung der Notlage, Verneinung von Handlungsbedarf (es ist/gibt doch die Polizei).



# Zivilcourage

1961 nimmt die deutsche Sektion von Amnesty ihre Arbeit auf, setzt sich für gewaltlose politische Gefangene ein.

Einer der ersten Gefangenen, für den sich Amnesty einsetzte, war der Autor und Filmmemacher Wolfgang Welsch. Er war in der DDR wegen Hochverrats verurteilt worden, weil er einen kritischen Film über das SED-Regime plante.

Acht Tage wird er in Unterwäsche in eine fensterlose Eiszelle gesperrt, Tag und Nacht brennt das Licht, er droht zu erfrieren. Man unterzieht ihn einer Scheinhinrichtung. Amnesty erfährt von seinem Schicksal, macht den Fall öffentlich und setzt sich erfolgreich für seine Freilassung ein.



# Interventionsablauf

Furcht stärkt das Gemeinschaftsgefühl. Affektspannung wird langsam wieder abgebaut.

Verbessertes Unrechtsbewusstsein und stärkere Sensibilisierung gegenüber Gewalt führt zu einer gestiegenen Anzeigebereitschaft.

Grundrechte in der Gesellschaft verwurzelt, z.B. Recht auf sexuelle Selbstbestimmung.

Tausende von Menschen, die noch nie Hands-on-Taten begingen, sehen sich im Internet Kinderpornografie an und haben keine pädosexuelle Präferenzstörung, fördern aber die Herstellungspraxis solcher Bilder.

In der Straf- und Justizvollzugspraxis sollte das Schuld- und Sekundär-Präventionsprinzip gleichrangig gewichtet sein und in die Zukunft blicken (Therapieplätze vorhalten).



# SAPROF

## Against “Risk-Only” Risk Assessment

### - Structured Assessment of Protective Factors -

Dahlnym Yoon, Aranke Spehr, Peer Briken

Institut für Sexualforschung und Forensische  
Psychiatrie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

[d.yoon@uke.de](mailto:d.yoon@uke.de)







# SAPROF

- Definition der protektiven Faktoren:

*Ein protektiver Faktor ist ein Merkmal einer Person, seiner Umwelt oder Situation, welches das Risiko von zukünftigem gewalttätigem Verhalten mindert.*

- Entwicklungsziele: - *Vervollständigung der Risikobeurteilung*
  - *Orientierungshilfen für die Behandlung und den Gesamtprozess des Risikomanagements,*
  - *Motivation sowohl der Probanden als auch der Behandelnden*





# SAPROF

Internale Items: 1. Intelligenz

2. Sichere Bindung in der Kindheit

3. Empathie

4. Coping

5. Selbstkontrolle

Motivationale Items: 6. Arbeit

7. Freizeitaktivitäten

8. Finanzmanagement

9. Behandlungsmotivation

10. Einstellung gegenüber Autoritäten

11. Lebensziele

12. Medikation

Externale Items: 13. Netzwerk

14. Intimbeziehung

15. Professionelle Hilfe

16. Wohnsituation

17. Aufsicht





# Ursachen

Fünf-Pfade-Modell (Ward und Siegert 2002) und Entwicklung von Sexualdelinquenz: in jedem Pfad ist ein anderer Hauptfaktor der Wichtigste, aber auch die anderen spielen eine wichtige Rolle in unterschiedlicher Gewichtung:

- Intimitätsdefizit (sexuelle Stimuli werden nicht mehr in ihrem Beziehungskontext, sondern als von der Person losgelöste Lustquelle erlebt und dann wie eine Art Droge konsumiert),
- Störung des sexuellen Erregungsmusters (besondere Ansprechbarkeit),
- Antisozialität (soziale Fehlentwicklung),
- emotionale Dysregulation (Suche nach sexuellen Erlebnissen, die Verstimmungen vertreiben bei ungebremster Affektivität mit Wunsch nach leichter Befriedigung),
- multiple Dysfunktionen (Kombination). Davon abhängig gestaltet sich die Therapieplanung: störungs- und deliktspezifische Behandlung (Signale erkennen für Risiko, in alte Handlungsgewohnheiten zu verfallen).





# Interventionsablauf: Situations- oder Persönlichkeitstäter

## Risikokalkulation

Situationstäter: situative Konstellationen verändern, Strafe wirkt abschreckend (Beispiel Geschwindigkeitskontrollen), Risikozonen entschärfen (keine rechtsfreien Räume), delinquente Kulturen bekämpfen (Gesellschaft, Wirtschaft, Politik), Persönlichkeitsanteile haben geringere Auswirkung.

Persönlichkeitstäter: Abschreckung hilft nicht, Täter geht davon aus, nicht erwischt zu werden (Persönlichkeitsanteile stark vorhanden). Frühzeitig Risikofaktoren erkennen und individuelle Maßnahmen einleiten: Deliktpräventive/deliktspezifische Therapien anbieten (dadurch 30-50% weniger Rückfälle). Risikomanagement versus Heilung. Motivation zur Tat schafft die Situation (Dissozialität).

Prävention: wenig behandelbare Hoch-Risiko-Täter identifizieren und lebenslang „sichern“?



# Interventionsablauf: Situations- oder Persönlichkeitstäter

## Erklärungsmuster für Gewalt:

- Kampf und Gewalt als angeborener Stimulus
- Gewalt als Mittel der Durchsetzung in Konflikten
- Frustration und Aggression
- Gewalt als erlerntes Verhaltensmuster bei hierfür bedeutsamem Familienhintergrund neben Gewalt in Medien und Computerspielen
- Positive Normsetzung von Gewalt in einer Cliquenkultur
- Geschlechtsdisposition (Testosteron als hormonelle Prädisposition)
- Drogen führen zur systematischen Desensibilisierung und Enthemmung

(Prof. Eckert Trier)



# Interventionsablauf: Situations- oder Persönlichkeitstäter

Es gibt noch etwa 13 % stark rückfallgefährdete Klienten, die nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen, aber persönlichkeitsrelevante Risikofaktoren aufweisen und deshalb im Strafvollzug Hilfe angeboten bekommen sollten. So kann die Rückfallrate deutlich gesenkt werden.

Bei den Hochrisiko-Tätern mit devianten Persönlichkeitsmerkmalen sollte langfristig und auch nach Entlassung ein Risikomanagement erfolgen (Qualitätsmanagement, Supervision) + Medikation

Eine Gesellschaft mit weniger Opfern ist gesünder (körperliche Unversehrtheit als Grundrecht).

PD Dr.F.Urbaniok Zürich





# Moralisches Urteil, soziale, kognitive Entwicklung

- Stufe I: Orientierung an Bestrafung und Gehorsam: egozentrische Perspektive, impulsabhängig, „persönliche Gründe“
- Stufe II: zwischenmenschliche Beziehungen sind Markt-Beziehungen nach eigenen Bedürfnissen: verkennt, selbst Objekt der Perspektive anderer zu sein „eine Hand wäscht die andere“
- III: richtiges Verhalten gefällt den anderen, verschiedene Standpunkte können eingenommen werden
- IV: Orientierung an Recht und Ordnung, Pflicht, Rollenübernahme, Gruppenperspektive, Gewissensorientierung
- V: Sozialvertrags-Orientierung, allgemeine Rechte und Standards, autonome Auseinandersetzung mit Konflikten zwischen Gesellschaft (legal) und Moral
- VI: Orientierung an allgemeingültigen ethischen Prinzipien wie Gerechtigkeit, Gegenseitigkeit, Gleichheit der Menschenrechte, Respekt, Würde. Ich-Identität





# Gruppentherapie

In der Gruppe kann jeder der 4-6 Teilnehmer sein Delikt und seine Entwicklungsgeschichte berichten.

Wichtig ist die Herausarbeitung des „**Deliktszenarios**“ oder der **Kategorien der Verhaltensanalyse**

Ebenso von Kettenreaktionen und Alternativen zur „**Entscheidungskette**“

**Hochrisikosituationen (sog. Beinahe-Rückfall)**

Und der Ableitung eines sog. **Rückfallpräventionsplanes** mit Einüben alternativer **Copingstrategien**, um Beinahe-Rückfall und Rückfall (= Delinquenz) zu vermeiden.







# Verhaltensanalyse

Problemanalyse: Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme:

S Situation auslösende Reize

O Organismus

R Reaktion „Problemverhalten“

C Konsequenzen

K Kontingenz

Fragen: welche situativen Bedingungen lösen das Problemverhalten aus? Externe (konkrete: Arbeitsplatz) und interne (körperliche: Unruhe) Auslöser neben gedanklichem Auslöser, auslösende biologische (Sucht) Bedingungen?



# Verhaltensanalyse

Beschreibung des Problemverhaltens auf den vier Verhaltensebenen:

Kognitiv: automatische Gedanken

Physiologisch: z.B. innere Unruhe, Herzrasen, Erregung

Emotional: welcher Gefühlszustand?

Motorisch: Flucht? Angriff? Vermeidung?

Welche positiven und negativen Konsequenzen halten das Problemverhalten aufrecht? Unmittelbare (Zuwendung) und mit Verzögerung auftretende Wirkung auf Patienten und Umgebung: C- (Verfestigung der Symptomatik) und C+ (Tagesablauf lässt Symptomatik in den Hintergrund treten)

Kontingenz: einem bestimmten Verhalten folgt eine bestimmte Konsequenz



# Gruppentherapie

**Psychoedukation** auch zu Opferfolgen und eigenen nachteiligen Folgen eines evtl. Rückfalles (bis zum Verlust der Freiheit)

Verschiedenheit Erwachsener und Kind (fehlende Reziprozität der Wünsche, Ungleichzeitigkeit der psychosexuellen Entwicklung)

Kognitive Umstrukturierung von Verzerrungen, Selbstbetrug und Entwicklung von realistischen Kognitionen neben Verstärkung von positiven Einsichten, die auch als Modell dienen.

Ggf. kann das Delikt im **Rollenspiel** nachgespielt werden mit Rollenwechsel (Einnahme der Opferposition).

Über welche Ressourcen verfügt jedes einzelne Gruppenmitglied?

Rückfallvermeidungsplan entwerfen und in der Gruppe vorstellen mit Notfallplan



# Gruppentherapie

**Zielformulierung:** Besserung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit eines jeden Gruppenmitglieds

Erklärung von Begriffen wie „scheinbar unwichtige Entscheidung“ oder „Selbstkorrumpierung zur Tat“, „limitatives Wollen“ (jetzt ist alles zu spät, jetzt soll es so sein)

Kettenreaktion rechtzeitig unterbrechen

Ertragen von unangenehmen Spannungszuständen (kurzfristig) statt langfristig nachteiliger Folgen für Opfer und Täter





# Gruppentherapie

- Umgang mit unerwünschten sexuellen Fantasien
- Umgang mit sexuellen Praktiken und deren Folgen
- Training sozialer Kompetenz und Bindungsfähigkeit
- Klare Regeln und Verträge
- Umgang mit Aggression (reaktiv oder funktionell?)
- Therapie der psychischen Erkrankung
- Info über Medikamente (LHRH-Agonisten=Luteinisierendes-Hormon-Releasing-Hormon-Agonist (Leuprorelinacetat, Salvacyl), Cyproteronacetat: antiandrogene Med., chemische Kastration)
- Enthemmung durch Drogen





# Gruppentherapie

Wichtig für den/die Gruppenleiter: konstruktives Arbeitsklima,  
gegenseitige Wertschätzung

Selbstorganisation, Gewähren

Grenzen, Konsequenzen

Achtung, Akzeptanz, Respekt

Mittelweg einschlagen

Welche Bindungsform/Kennntnisstruktur herrscht vor?

Welcher Konflikt mit Gefährdungsrisiko besteht?

Gruppenregeln

Wichtig auch **Diagnostik** (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 8, Störungen der sexuellen Präferenz, Herausgeber: W.Berner, A.Hill, P.Briken, Ch.Kraus, K.Lietz, Verlag Steinkopff)



## Psychotherapie

Kognitiv-verhaltens-  
therapeutische  
Strategien

Therapeut definiert  
Probleme und Ziele,  
Manual, Delikt-spezi-  
fische Themen (Delikt-  
szenario, sexuelle Fan-  
tasie, Trigger,  
Opferempathie)

Indirekt Deliktbe-  
zogene Themen  
(Wutmanagement,  
Selbstachtung,  
Intimität, Einsamkeit)

Kognitive Verzerrun-  
gen bearbeiten (Mini-  
mierung, Leugnung)

Modelllernen

Rückfallverhütungspro-  
gramme

Tiefenpsychologisch-  
psychodynamische  
Strategien

Weniger vorstrukturiertes Reagieren auf vom Pat. vorgegebenen Kontext, Klärung Deliktumstände, Affekte, Manipulationskonfrontation, innere Bilder vom Objekt als Überleitung zum Delikt, Minimierung und Leugnung als Spaltung bearbeiten

(Gegen-) Übertragung, Umgang mit Beziehungsobjekten im Hier und Jetzt in der Gruppe

Haltende Beziehung und Nachbetreuung



# Gruppenpsychotherapie

1. Sitzung: Vorstellungsrunde, Rahmenbedingungen
2. Sitzung: Besprechung des Themas: Wie kann ich meine dissoziale Impulsivität bewältigen, ohne mich oder andere in Gefahr zu bringen
3. Sitzung: Motive dissozialer und devianter Handlungen
4. – 5. Sitzung: Risikosituationen für Rückfälle, Kettenreaktion, Irrationale Überzeugungen
6. Sitzung: Stabilisierungs- und Selbstberuhigungstechniken
7. – 8. Sitzung: Soziales Kompetenztraining, Rollenspiel
9. - 12. Sitzung: Deliktszenario für jedes einzelne Gruppenmitglied bearbeiten,
13. Sitzung: individueller Notfallplan
14. Sitzung: individueller Rückfallpräventionsplan
15. Sitzung: Abschied







# Gruppentherapie

## Sexualität

Welche Rechte habe ich?

Welche Regeln muss ich beachten?

Was bedeutet Verhandlungsmoral?

Wie erkenne ich, wer zu mir passt?

Wie, ob auch die andere Person dies so sieht?

Diskussion: Alle Menschen haben Sexualität

Sexualität ist nicht für alle gleich (Kinder haben eine andere Form der Sexualität, je nach Entwicklungsstand)

Für Frauen ist Sexualität anders als für Männer.

Sexualität ist zum Beispiel: Kuscheln, streicheln, küssen, sich anschauen, miteinander schlafen und vieles mehr.

Sexualität hat viel mit Gefühlen zu tun. Vor allem mit schönen Gefühlen.

Auch mit Lust und Freude, Zärtlichkeit und Liebe.

Siehe hierzu auch Profamilia und Sexualpädagogik





# Gruppentherapie

## Sexualität und Gesetze

In Gesetzen steht etwas über unsere Rechte.

In den Gesetzen über Sexualität steht: Alle Menschen haben ein Recht auf Sexualität, auch auf sexuelle Selbstbestimmung. Schutz vor Körperverletzung, vor erniedrigender Behandlung (Schmerzzufügung, Erniedrigung, Nötigung, Belästigung), vor Ausbeutung durch Erwachsene (als Kind). Recht auf Freiheit. Das gilt für alle, ob Mann oder Frau, weiße oder braune Hautfarbe, ob behindert oder nicht behindert.

In Gesetzen steht auch, was wir nicht dürfen: zum Beispiel:

Niemand darf einen anderen zur Sexualität zwingen

Niemand darf einem anderen Menschen mit Absicht beim Sex weh tun.

Ein Erwachsener darf keine Sexualität mit einem Kind haben.

Siehe hierzu auch Profamilia und Sexualpädagogik



# Gruppentherapie

## Sexualität selbst bestimmen

Alle Menschen haben das Recht, über ihre Sexualität selbst zu bestimmen: mit wem wir zärtlich sind, was wir im gegenseitigen Einvernehmen, nach klärendem und verstandenem Gespräch, zusammen tun, ob wir miteinander schlafen wollen oder nicht, ob wir Kinder bekommen möchten oder nicht (Antikonzeption).

Es ist gut zu wissen,  
wie wir unsere Gefühle und Wünsche kennen lernen  
wie wir uns beim Sex verhalten können  
wie wir sagen können, was wir mögen und was nicht  
was wir tun können, wenn wir keine Kinder bekommen möchten

Siehe hierzu auch Profamilia und Sexualpädagogik





# Gruppentherapie

Was kann ich tun, wenn ich Probleme habe, nach diesen Erkenntnissen und Einsichten mich zu verhalten, wenn ich unter Verhaltens-Störungen leide oder sonstige Probleme habe?

Erkennen von:

## **Problematischen Selbstregulations-Stilen:**

Unterregulation

Falsche Regulation („Bier macht mich ruhiger“)

Intakte Regulation, aber sozial unangepasste Ziele („Kind wird das gut tun“)





# Gruppentherapie-Themen

## Kettenreaktion

Stress, Leben aus der Balance

\_\_\_\_\_ Bedürfnis nach unmittelbarer Befriedigung  
verführerischer Gedanken und  
Konflikt \_\_\_\_\_

Drang (Frustration, Ärger, Erregung)  
Scheinbar unwichtige  
Entscheidungen

Situation mit hohem Risiko

\_\_\_\_\_ Beinahe Rückfall (Fantasien, Risikosituation  
aufsuchen noch ohne Tat, aber Zufall)

\_\_\_\_\_ Abstinenz-Verstoß mit Selbstbetrug und kognitiver  
Verzerrung „ich kann nicht anders“

\_\_\_\_\_ Rückfall, Tat





## Gruppentherapie-Themen:

**Prävention: Risikofaktoren (wieder) erkennen lernen, Fähigkeiten erlernen, mit Risikofaktoren umzugehen. Lernen, sich realistische Ziele zu stecken. Vom „Beinahe-Rückfall“ lernen, nämlich, wie eigenen Schwächen und Unvermögen durch Hilfestellung und aktivem Hilfe-Aufsuchen begegnet werden kann (z.B. die Einrichtung nicht verlassen etc.)**

**Therapie, Nachsorge und Rehabilitation (nach Gefängnis) sind eine interdisziplinäre Aufgabe. Erst die Kooperation von Sexualtherapeut, Gruppentherapeut, Sexualpädagogen, Hausarzt, Kliniken, Sozialzentren, Betreuungsbehörden, Richtern, Betreuungspersonen und kontinuierliche Schulung ermöglichen eine Versorgung, tragen zur Vermeidung von Komplikationen bei und sind zudem Opferschutz.**





# Sexuelle Präferenzstörung synonym mit Paraphilie DSMIV

Unterschiedliche sexuelle Ausdrucksformen des Menschen sind erst dann behandlungsbedürftig, wenn sie mit direktem subjektiven Leiden der Betroffenen an der Sexualität verbunden sind oder mit eindeutigem Leiden anderer.

Leiden an abweichenden sexuellen Fantasien, Bedürfnissen und Handlungen wird nur dann als Störung definiert, wenn es ganz ohne Beziehungsobjekt abläuft, oder die Bedürfnisse des Gegenübers nicht mehr berücksichtigt werden (sexuelle Präferenz).

Paraphilie: wiederkehrende, intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich im Allgemeinen auf nicht menschliche Objekte, das Leiden oder die Demütigung von sich selbst oder eines Partners oder Kinder oder andere nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Personen beziehen und die über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten auftreten, obligat oder episodisch und zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen führen.

Sexualpräferenzstörung: Individuum handelt entsprechend den wiederholt auftretenden intensiven sexuellen Impulsen und Fantasien.





# Psychodynamische Definition (im therapeutischen Kontext entwickelt)

- Stoller (1991): Perversion ist eine erotische Form der Feindseligkeit, eine Fantasie, die gewöhnlich ausagiert werden muss, gelegentlich auch als Tagtraum erlebt wird.
- Perversion kehrt ein traumatisches Kindheitserlebnis in einen Triumph als Erwachsener um und benötigt zur Steigerung der Erregung das Risiko (Angstlust).
- Reiche (1996): 5 Kriterien der sexuellen Perversionen: Benutzung eines Fetisch (fetischistischer Umgang mit Teilen des Partners), Externalisierung einer inneren Objektbeziehung im Erwachsenenalter, Element der sexuellen Erregung und Entladung, Komponente süchtiger Unaufschiebbarkeit, Phänomen der russischen Puppe (nach Auflösung eines perversen Symptoms entwickelt sich ein neues, bisher verstecktes = verpupptes Symptom).





# Klassifikation der spezifischen Präferenzstörungen/Paraphilie nach ICD-10

Fetischismus, Fetischistischer Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, sexueller Sadomasochismus, Frotteurismus

Sonstige Störungen: nicht näher bezeichnete Paraphilie: obszöne Telefonanrufe, Koprophilie, Klysmaphilie, Zoophilie, Urophilie, Strangulation und Nutzung der Anoxie zur Steigerung der sexuellen Erregung, Vorliebe für Partner mit anatomischen Abnormitäten (amputierte Gliedmaßen Amelotatismus) u.a. merkwürdige Bindungen sexueller Erregung an aussergewöhnliche, für die meisten anderen Menschen sexuell bedeutungslose Situationen.

Paraphilie-verwandte Störungen





# Paraphilie-verwandte Störungen bzw. nicht paraphile sexuelle Süchtigkeit

Vorwiegend autoerotisch strukturierte sexuelle Betätigungen (keine eigentlichen Präferenzstörungen), die durch den ausufernden Charakter in weiten Lebensbereichen den Betroffenen extrem stören: zwanghafte Masturbation, zwanghaft ausgedehnte hetero-/homosexuelle Promiskuität, Abhängigkeit von Pornografie oder Telefonsex. Durch den oft als Suchtäquivalent erlebten Charakter können Partnerinteressen nicht mehr wahrgenommen werden. Oft kombiniert mit den eigentlichen Präferenzstörungen und weitere Behinderungen verursachend (sozial, beruflich, beziehungsmäßig) infolge der Progredienz. Aggressive oder lustvolle Funktionalisierung des Körpers im Dienste von Macht- und Selbstwertinteressen.





# Epidemiologie

Präferenzstörungen treten weit überwiegend bei Männern auf.

Viele Betroffene empfinden sich selbst nicht als gestört.

Hohe Dunkelziffern: sexuelle Deviation mit Fremdschädigung

Beim Sadomasochismus wird durch Feldstudien auch die „nicht kranke“ Subkultur dieser sexuellen Vorliebe erforscht.

Häufigkeiten sind hieraus kaum abzuschätzen, außer deutlich geringeres Vorkommen bei Frauen.

Normalbevölkerung in Schweden: 3 – 7 % Prävalenzraten für exhibitionistische, voyeuristische, transvestitisch-fetischistische Aktivitäten bei Männern.





# Ätiologie

**Biologische Wurzeln**, Neurotransmission und Kognitive Verhaltenstherapie: sexuelle Präferenzstörungen als Folgen klassischer Konditionierung. Mit Selbsttäuschung (kognitiver Verzerrung) wird im Augenblick der Lustprämie der längerfristige Nachteil solch eingefahrener, kurzweiger Bedürfnisbefriedigungen der einmal gewählten Präferenz ausgeblendet.

**Frühsozialisation**, distale Ursachen und Psychodynamik: Umkehrung der Ohnmacht/beschämenden Niederlage als Kind in einen Triumph als Erwachsener durch sexualisierte Reinszenierung einer traumatisch erlebten Situation. Narzisstische Selbstbezogenheit/Fantasie (für die Mutter ausreichender Partner gewesen zu sein trotz der eigenen prägenitalen/kindlichen Sexualität).

**Aktuelle Lebenssituation**, Proximale Auslöser und Ursachen: aktuelle Krisen wie Verlust von Arbeit, Partnerschaftsprobleme, Geburt eines Kindes, Frustration.



# Ursachen von Störungen der Sexualpräferenz

## Ursachen sexueller Handlungen

<p><b>Biologische Wurzeln</b></p> <p>Konstitution der Neuropeptide, Neurotransmitter, Hormonregulation</p>	<p><b>Frühsozialisation</b></p> <p>Bindung (Attachment) und frühe Traumata</p> <p><i>„distale Ursachen“</i></p>	<p><b>Die aktuelle Lebenssituation</b></p> <p>„Tröstung“ für Frustration und Krisen in Partnerschaft und Beruf</p> <p><i>„Proximale Ursachen“</i></p>
--	---	---



## **Komorbidität bei sexuellen Präferenzstörungen**

- Psychoorganische Beeinträchtigung, Minderbegabung oder schizophrene Psychose, Frontalhirn- und Temporallappenschädigungen, Septumläsion, multiple Sklerose, Prolaktinom
- Affektive Störung: unipolare/bipolare affektive Störungen, Dysphorie, Mischzustände
- Zwang u/o Sucht/Angststörungen: (soziale) Phobie oder andere Angststörung, einzelne Zwangssymptome, (10% volle Zwangsstörung bei Pädophilie), Substanzmissbrauch/-abhängigkeit bei bis zu 80% der Untersuchten
- Impulsivität: bei wenig geplanten Handlungen, ggf. Vollbild einer Impulskontrollstörung
- ADHS: in Kindheit oder Erwachsenenalter
- Persönlichkeitsstörung: Borderline-, antisoziale, narzisstische, schizoide, schizotypische, zwanghafte und ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsst.



# Klinische Bilder

## Fetischismus

Zur Erreichung sexueller Erregung oder des Orgasmus sind bestimmte Gegenstände Voraussetzung, die zum Teil an Weibliches erinnern, aber auch an Geschlechtliches.

Pars pro toto-Bildung: Einschränkung der Fähigkeit, sich sexuell stimulieren zu lassen, auf einige wenige, sehr umschriebene Reize (statt Vielfalt sexueller Stimulierungsmöglichkeiten und ganzheitlichem sexuellem Erleben).

Bei allen Präferenzstörungen auffällige „Fetischisierung“ oder auch „Entfremdung“: Ablösung der sexuellen Erregung vom individuellen Beziehungsaspekt in der Intimität.

## und fetischistischer Transvestitismus

Anlegen oder Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts ist Voraussetzung zum Erleben geschlechtlicher Erregung.







# Klinische Bilder

## Exhibitionismus

Präsentieren des Genitales wird für die ganze sexuelle Begegnung genommen.

Weder Masturbation noch Erektion während der Exhibition sind obligatorisch.

Die betroffenen Männer leiden häufig unter einem Mangel an Selbstbestätigung und fühlen sich in ihren Partnerschaften unterdrückt/überfordert

In 16% Kombination mit Voyeurismus, aber auch Frotteurismus, Sadomasochismus, Transvestitismus oder Pädophilie.

## Voyeurismus

Spiel mit visuellen Reizen (Neugierde, Aufmerksamkeit erregen) dient hierbei nicht dem Werben um Sexualpartner, sondern beobachtete Person/Pair soll von der Beobachtung nichts wissen oder dadurch überrascht werden (aggressive Note).

Beziehungsfeindlichkeit und Irritiertheit des Beobachteten Voraussetzung für die Diagnose.

46% Kombination mit Exhibitionismus



# Klinische Bilder

## Pädophilie

Unterscheidung der ausschließlichen von der nicht ausschließlichen Pädophilie

Heterosexuelle und homosexuelle Pädophilie, gemischt orientierte Pädophilie

Altersunterschied von mindestens 5 Jahren zwischen Täter und Opfer und Mindestalter des Täters/Täterin von 16 Jahren.

Nicht alle pädophil Empfindenden missbrauchen tatsächlich Kinder und nicht immer liegt eine Pädophilie vor, wenn ein Kind missbraucht wurde.

Typischerweise kommt es zu genitalen Berührungen

Existierende Typologien: drei in ihrer Entstehungsgeschichte unterschiedliche Grundtypen und deren Mischformen lassen sich unterscheiden:

1. Gruppe: 10% Kernpädophile oder Fixierte: seit der Pubertät ausschließlich auf Kinder Orientierte.
2. Gruppe: Reaktive, Regressive: nach Frustration in Erwachsenenbeziehung wählt diese Gruppe den leichter dominierbaren kindlichen Partner als Ersatz. Alterspädophile: abnehmende Potenz, abnehmende kognitive Kapazität lässt dazu kommen, leichter beeindruckbare kindliche Partner zu gewinnen.
3. Gruppe: Sozial Desintegrierte, Antisoziale: bei schwerer Bindungsstörung nutzen sie ganz wahllos Partner für ihre Befriedigung



# Klinische Bilder

## Sadomasochismus

Als Erregungsvoraussetzung benötigt Sadomasochist das Erleben von aktiv ausgeübter oder passiv erlittener Dominanz .

Oft gewünschte Schmerzreize oder Leiden unterstreichen den Charakter der Unterwerfung.

Gelegentlicher Wechsel von einer Position zur anderen

Lebensgefährlicher Sadismus: für weniger als 1% der Tötungsdelikte verantwortlich

Pars pro toto: Erleben gegenseitiger Abhängigkeit und Auslieferung (ein Element einer leidenschaftlichen körperlichen Begegnung) wird isoliert und für das Ganze genommen.



# Zusätzliche Themen

Therapie: je nach Schweregrad der Störung: 1. Schwerekriterium

1. Progredienz: periodische Akzentuierung eines dranghaft gesteigerten sexuellen Verlangens mit innerer Unruhe, starke sexuelle Fantasiebesetzung, Progression im Längsschnitt, kürzere Abstände zwischen den Manifestationen, signalhafte Auslöser der sexuellen Handlungen, autoerotische Fixierung mit hoher Masturbationsfrequenz, Wunsch nach Behandlung
2. Oder: Paraphilie gemeinsam mit Paraphilie-verwandter Störung (PRD): präferenzgestörte Sexualität, die durch ihre übermäßige und ausgedehnte Manifestation extrem störend wirkt (zugehörig: zwanghafte Masturbation, ausgedehnte hetero- oder homosexuelle Promiskuität, Abhängigkeit von Pornographie oder Telefonsex).



# Zusätzliche Themen

## 2. Schwerekriterium

- I: Sexueller Sadismus: die Fantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- II: Sadismus als Persönlichkeitsstörung

## 3. Schwerekriterium

- III: Forensisch diagnostizierter Sadismus

Wichtig auch **Diagnostik** (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 8, Störungen der sexuellen Präferenz, Herausgeber: W.Berner, A.Hill, P.Briken, Ch.Kraus, K.Lietz, Verlag Steinkopff)



Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit  
und Interesse

