

Abschlussarbeit zur Prüfung im Bereich des Heilpraktikers für Psychotherapie

Thema: Pädophilie (ICD10- F65.4)

Name: Alexandra Quednau

E-Mail: gonzo84alex@gmail.com

Ausbildung: Heilpraktiker für Psychotherapie

Inhalt

• Einführung in Thematik mit Wiedergabe der Störungsbeschreibung lt. ICD10 und DSMV	...3
• Persönliche Entscheidungsgründe für Thematik	...9
• Politische und historische Hintergründe	...11
• Aktuelle Bemühungen des Gesundheitssystems zur Thematik	...14
• Fragestellungen und Ziel der Abschlussarbeit	...18
• Darstellung der Informationsgewinnung und Arbeit mit den Probanden	...25
• Auswertung der Fragebögen der Probanden im Hinblick auf die Fragestellungen	...27
• Ergebnisse der Arbeit und Bedeutung für die Tätigkeit im therapeutischen Setting	...32
• Bedürfnisorientierte Anpassung der therapeutischen Angebote, der Öffentlichkeitsarbeit und politischen wie medizinischen Haltung, hier auch Bezugnahme zu bereits existenten, öffentlichen Angeboten	...34
• Zusammenfassung der Arbeit, persönliche Haltung	...37
• Quellangaben, Literaturverzeichnis	...39
• Danksagung	...40

Einführung

Diese Abschlussarbeit befasst sich, wie bereits beschrieben, mit dem nach ICD-10 klassifizierten Störungsbild der Pädophilie (F65.4). Im DSM-V wird diese Art der Störung unter 302.2- Paraphilien geführt.

Im Folgenden werden unter Berücksichtigung beider Klassifikationssysteme die Inhalte der als relevant geltenden Diagnosekriterien aufgeführt:

ICD-10: Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden, aber auch jünger sein können. Manche Pädophile haben nur an Mädchen, andere nur an Jungen Interesse. Wieder andere sind sowohl an Mädchen als auch an Jungen interessiert. Pädophilie kommt selten bei Frauen vor. Kontakte zwischen Erwachsenen und bereits geschlechtsreifen Jugendlichen werden gesellschaftlich nicht gebilligt; diese sind aber nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit pädophilen Kontakten. Ein einzelner Vorfall erfüllt die für die Diagnosestellung geforderte anhaltende oder vorherrschende Veranlagung nicht, insbesondere wenn der Handelnde selbst noch ein Jugendlicher ist. Unter den Pädophilen gibt es auch Männer, die eigentlich erwachsene Sexualpartner vorziehen, bei der Aufnahme geeigneter Kontakte aber dauernd frustriert werden und sich deshalb ersatzweise Kindern zuwenden. Männer, die ihre eigenen Kinder im Alter der Vorpubertät sexuell belästigen, nähern sich manchmal auch anderen Kindern, in beiden Fällen handelt es sich um Pädophilie.

DSM-V:

A. Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.

B. Die Phantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

C. Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A.

Des Weiteren soll das Präferenzgeschlecht bestimmt werden, ferner ob die betroffene Person ausschließlich auf Kinder orientiert ist (Ausschließlicher Typus oder Nicht Ausschließlicher Typus) und ob eine Beschränkung auf Inzest vorliegt.

Gemeinsam haben beide Klassifikationssysteme, dass sich für die Diagnose des Störungsbildes eine sexuelle Präferenz für Kinder bis zum vorpubertären Stadium entwickelt hat, die langanhaltend und für den betroffenen als beeinträchtigend wahrgenommen wird. Ferner soll, auch wenn die ICD-10 in diesem Punkt keine fixen Zahlen nennt, für die Eindeutigkeit der Diagnosefindung ein Altersunterschied von mindestens 5 Jahren und ein Mindestalter von 16 Jahren bei der betroffenen Person vorliegen. Ein Minimalzeitraum des Vorliegens der Störung zur Diagnosefindung ist nicht bekannt.

Ätiologie:

Eine eindeutige Ursache für die Entwicklung einer pädophilen Sexualpräferenz ist bisher noch nicht identifiziert. Fachleute und Wissenschaftler gehen von einer multifaktoriellen Ätiologie aus:

genetische Komponente: angeborene Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. eine herabgesetzte Vulnerabilität und ein damit einhergehender Kompensationsmechanismus (Anmerkung: Vulnerabilität ist nicht nur genetisch bedingt, sondern auch erworben)

neurobiologische Komponente: hirnorganische Veränderungen durch Tumore oder auch Demenz, daraus resultierendes Störungsbild. Neuere Untersuchungen von Prof. H. Walter der Charité zeigten eine Volumenveränderung der Amygdala bei Menschen mit einer Pädophilen Präferenz (Forschungsbereich „Mind an Brain“). Hierzu ein Ausschnitt eines Beitrages aus dem Ärzteblatt von 09/2007:

„Magdeburg/Pädophile – Neigungen scheinen mit strukturellen Veränderungen im Gehirn einherzugehen. Dies zeigen neue Untersuchungen von Hirnforschern. Sie bestätigen auch die klinische Beobachtung, wonach sexuelle Beziehungen zu Erwachsenen bei Pädophilen gestört sind oder völlig fehlen.

Vor vier Jahren berichteten US-Forscher über den Fall eines 40-jährigen Mannes, der innerhalb weniger Jahre eine pädophile Präferenz entwickelte. Diese wurde so stark, dass er eine Therapie abbrach, obwohl der Richter für diesen Fall eine Gefängnisstrafe verfügt hatte. Am Abend vor Antritt der Haftstrafe suchte er wegen starker Kopfschmerzen eine Klinik auf. Dort wurde ein Tumor in der vorderen Schädelgrube entdeckt. Nach Entfernung des Tumors im orbitofrontalen Lappen besserten sich nicht nur die Kopfschmerzen. Auch die pädophilen Neigungen waren verschwunden, wie Jeffrey Burns von der Universität von Virginia in Charlottesville damals in den Archives of Neurology (2003; 60: 437-440) berichtete. Dieser Patient war sicherlich ein Einzelfall, doch der Bericht weckte die Neugier der Hirnforscher.

In den letzten Wochen berichteten gleich zwei Gruppen über strukturelle Hirnveränderungen bei Pädophilen. Boris Schiffer, Universität Essen, und Thomas Peschel, Medizinische Hochschule Hannover, hatten 18 Pädophile mit der Kernspintomografie untersucht. Wie sie im Journal of Psychiatric Research (2007; 41: 753-762) berichten, hatten die Pädophilen im Vergleich zu 24 gesunden Personen unter anderem im orbitofrontalen Kortex ein vermindertes Volumen der grauen Hirnsubstanz. Auch die von hier ausgehenden Bahnen

zum Striatum waren schwächer ausgeprägt als bei Gesunden.

Liegt hier ein neuronaler Defekt vor, der zur Pädophilie prädestiniert? Diesen Eindruck vermittelt auch die aktuelle Untersuchung der Arbeitsgruppe um Georg Northoff von der Universität Magdeburg, die 13 forensische Patienten des Fachkrankenhauses Uchtspringe untersuchte. Den Patienten wurden erotische Aufnahmen von Erwachsenen vorgelegt, während die Forscher mittels funktioneller Kernspintomografie die durch das Betrachten der Bilder ausgelösten Hirnaktivitäten registrierten.

Ihre Ergebnisse stellten die Forscher in *Biological Psychiatry* (2007; 62: 698-701) vor: Bei den Pädophilen blieben die normalerweise durch das Betrachten erotischer Bilder ausgelösten Reaktionen im Hypothalamus, in der periaquäduktalen grauen Substanz und im dorsolateralen präfrontalen Kortex weitgehend aus. Diese Zentren steuern die vegetativen und autonomen Komponenten der sexuellen Erregung.

Die Pädophilie wäre demnach nicht Ausdruck einer allgemeinen Hypersexualität, sondern eher die Folge einer defekten normalen sexuellen Reaktion auf Erwachsene, was auch mit anderen Beobachtungen übereinstimmt, die Pädophilen ein sexuelles Desinteresse an erwachsenen Mitmenschen bescheinigt. Es wäre jedoch voreilig, hier eine Kausalität zu konstruieren, meint John Krystal von der Yale Universität in New Haven, dem Herausgeber von *Biological Psychiatry*. Die Studien können nicht klären, ob die gefundenen Hirnveränderungen die Ursache der Pädophilie oder aber eine Konsequenz der pädophilen Neigungen sind.

Northoff hofft, dass sich durch die Ergebnisse die Tür für ein besseres Verständnis der Neurobiologie der Pädophilie öffnen lässt. Seiner Ansicht nach könnten sich aus den neuen Erkenntnissen durchaus neue Ansätze zur Behandlung der Pädophile ergeben. Wie diese aussehen könnten, ist jedoch unklar.

In Großbritannien gibt es derzeit Pläne, Pädophile medikamentös zu behandeln. Der damalige Innenminister John Reid kündigte im Juni Behandlungsprogramme an, in denen Serotonin-Reuptake-Inhibitoren und Antiandrogene zum Einsatz kommen sollen. Beide Wirkstoffgruppen setzen die Libido herab. Diese Medikamente sollen in den USA und einigen europäischen Ländern bereits eingesetzt werden, wie das Britische Ärzteblatt jüngst berichtete (BMJ 2007; 334: 1343). Überzeugende Belege der Wirksamkeit fehlen allerdings.
© rme/aerztebatt.de“

psychoanalytische Komponente: Störungen der Mutter-Kind Beziehung oder Fehlen der Vaterfigur

biografische/lerntheoretische Komponente: eigene Missbrauchserfahrungen aus Kindheit und Jugend werden selbst zum Störungsträger der betroffenen Person (Hinweis: auch die Vulnerabilität ist hierunter aufzuführen).

Eine weitere lerntheoretische Komponente bildet der von Dr. Bleibtreu-Ehrenberg veröffentlichte Beitrag in der wissenschaftlichen Arbeit „Der pädophile Impuls“ von 1985. Darin wird beschrieben, dass die instinktive Schutz- und Pflegereaktion von Erwachsenen beim Anblick eines Kindes bei pädophilen Personen (und auch im Tierreich) affektiv-zärtliche

Schlüsselreize setzt, die ein intensiveres (sexuelles) Ansprechen auf das Kindchenschema hervorruft. Hierzu wird aus dem Beitrag zitiert:

„Gerade pädophil veranlagte Exemplare seien in einem Grad empfänglich für die Verknüpfung einer bestimmten biologischen Altersspanne jenseits des Säuglings mit dem sozialkommunikativen und körpersprachlichen *Kindchenschema* (sowie mit dem ähnlich angewandten, oben erwähnten kindlichen *Neugierverhalten*, hier nun als einzige angeborene Ausdrucksform sozialer Nähe, Zuneigung und Intimität angewandt), dass man sagen könne, dass Pädophilie identisch sei mit der ausschließlich bei pädophilen Exemplaren nachweisbaren instinktiven Schutz- und Pflegereaktion auf das *Kindchenschema*. Da das *Kindchenschema* aber kompromisslos Gewaltlosigkeit, Schutz und Pflege gebiete und die instinktiven Reaktionen dazu entsprechend zärtlich-affektiv bestimmt seien, sei die auf dem *Kindchenschema* beruhende Pädophilie stets gewaltfrei und einvernehmlich, sei dies nun im Falle der Sexualität oder jeglicher anderen sozialen Interaktion. Wo keine Gewaltlosigkeit und keine Einvernehmlichkeit vorliege, sei daher laut Dr. Bleibtreu-Ehrenberg grundsätzlich nicht von Pädophilie zu sprechen. (Dr. Bleibtreu-Ehrenberg, 1985)“

In Foren werden unter den betroffenen ebenfalls Mutmaßungen angestellt. Hier wird unter anderem in Erwägung gezogen, dass es sich bei den meisten der Mitglieder um sehr verletzbare Personen handelt, die noch stark in der eigenen Kindheit verhaftet sind und sich dementsprechend an ihre „gefühlte“ Altersgruppe annähern.

Epidemiologie:

Schätzungen gehen davon aus, dass sich in Deutschland etwa 200.000 - 250.000 Personen mit Pädophilie aufhalten. Da die Dunkelziffer jedoch durch die Hemmschwelle, die diese Präferenz mit sich bringt, eine wesentlich Höhere sein könnte, ist diese Zahl nicht empirisch evaluiert. Eine Prävalenzrate für Frauen ist bisher faktisch nicht existent, da nur Einzelfälle bekannt sind. Bei Männern liegt diese Schätzungen zufolge bei 0,1- 1,0% (Beier et al., 2005; Dombert et al., 2015). Eine Studie der Universität Regensburg aus 2015 (MikaDo- Studie) geht sogar von einer Rate von 4,4% der männlichen Bevölkerung in Deutschland aus.

Differenzialdiagnosen:

Sofern die betroffene Person sexuellen Missbrauch an einem Kind angibt, muss differentialdiagnostisch eine ursächliche Persönlichkeitsstörung wie z.B. Dissozialität ausgeschlossen werden. Hierzu ist eine ausführliche (Sexual-)Anamnese unumgänglich. In neuerer Zeit wird neben der audiovisuellen Stimulation und der Penisplethysmographie an bildgebenden Verfahren zur Diagnose gearbeitet, die sich u.a. mit den Neurobiologischen Unterschieden der betroffenen beschäftigt. Ein auf funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) basierendes Diagnoseverfahren, welches in einer Voruntersuchung vielversprechende Ergebnisse lieferte, soll evaluiert und dessen Genauigkeit an einer möglichst großen Stichprobe von pädophilen und teleiophilen Menschen kritisch überprüft werden (Website: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel). Auch eine unter F66.1 ichdystone Sexualorientierung muss herangezogen werden. Des Weiteren kommen auch sexuelle Reifungskrisen (F66.0) und sexuelle Beziehungsstörungen (F66.2) in Betracht.

Komorbidität:

Aufgrund eigener Befragungen und übereinstimmender Informationen aus der Fachliteratur (Gerald C. Davison, John M. Neale: Klinische Psychologie. 7. Auflage. Beltz PVU, Weinheim 2007) besteht bei Betroffenen ein erhöhtes Komorbiditätsrisiko von Affektiven (insb. Depressiven) Störungen sowie neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (insb. Angst- und Panikstörungen). Auch Substanzmittelmissbrauch und -Abhängigkeit sind zu erwähnen.

Anhand der ausgewerteten Fragebögen haben 5 von 6 Probanden einmal suizidale Gedanken gehabt oder befinden sich aktuell in einer Phase der Ambivalenz. Es wird davon ausgegangen, dass die Rate der vollendeten Suizide bei Betroffenen deutlich erhöht ist. Zuverlässige Zahlen darüber existieren jedoch nicht. Abschließend muss auch eine sexuelle Beziehungsstörung (F66.2) abgeglichen werden. Dies erfordert zusätzliche (Fremd-) Anamnese.

Therapiemöglichkeiten:

In weiterführender Literatur wird von folgenden Therapiemöglichkeiten berichtet, welche von unterschiedlichem Erfolg waren (hier eine Kurzfassung):

- Re-konditionierung durch orgasmische Neuorientierung (mit/ohne phallometrischem Biofeedback)

Hierbei werden die Klienten angehalten, sich stimulierendes Material der Präferenzgruppe anzusehen und dazu zu masturbieren. Ist die sexuelle Erregung erreicht, wird das stimulierende Präferenzmaterial gegen Material der angemessenen Altersklasse ersetzt- mit dem Ziel, dazu bis zum Orgasmus weiter zu masturbieren. So soll der unerwünschte stimulierende Reiz ersetzt werden und die Person befähigen, auch bei/durch Altersgenossen sexuell anzusprechen. Dieser Therapieansatz erscheint langfristig jedoch wenig erfolgsversprechend, da eine Konditionierungs- Umkehr außerhalb der Therapie wahrscheinlich ist.

- Masturbatorische Sättigung

Der Klient soll sich, so oft und so lange es körperlich möglich ist, zu seiner Präferenz bis zum Orgasmus masturbieren. Der so entstehende Überdruß soll mit der sexuell erregenden Situation assoziiert werden und so eine dämpfende Wirkung haben. Auch diese Methode ist umstritten und nicht langfristig ausgelegt.

- Aversionstherapie als Verhaltenstherapie

Der sexuell stimulierende Reiz wird mit einem unangenehmen Reiz gekoppelt, um auf Konditionierungsebene eine Verknüpfung des Unangenehmen mit dem sexuellen Reiz entstehen zu lassen. Dieses Verfahren wird heute nur noch eingesetzt, wenn andere

Verfahren keinen Erfolg versprechen aber das Leben des Klienten durch sein Verhalten stark beeinträchtigt ist.

- Medikamentöse Therapie

In einigen Fällen kann eine temporäre hormonelle Kastration dafür sorgen, dass Libido und Potenz gehemmt werden und so das sexuelle Verlangen abgeschwächt wird. Hierzu werden u.a. Antiandrogene sowie Gestagene eingesetzt.

- Kognitive Verhaltenstherapie

Mittels Analyse des Problematischen Verhaltens (Situationsaufbau, Reaktion, Gefühls- und Gedankenebene) und dem Trainieren neuer Umgangsweisen (Veränderung der Denk- und Handlungsmuster) soll ein neues Verhalten erlernt werden, welches das unerwünschte ersetzt. Dies setzt jedoch die Motivation des Klienten voraus. Einer der bisher wichtigsten und erfolgsversprechendsten Therapieansätze.

Persönliche Entscheidungsgründe für Wahlthematik

Bereits während meiner Schulzeit erlebte ich ein starkes Interesse an der Thematik Sexualität. Die verschiedenen innerkörperlichen sowie psychischen Vorgänge faszinieren mich bis heute und lassen mich sexualwissenschaftliche Themen aufmerksam verfolgen. Hieraus resultierte die Eigenschaft, besonders offen über Sexualität und deren Präferenzen sprechen zu können- manchmal zum Leidwesen der Gesprächspartner, die dieser Thematik vielleicht mit Scham oder anderen Gefühlen begegnen.

Während der Ausbildungszeit und im frühen Erwerbstätigenleben gab es jedoch keine Berührungspunkte mit der Thematik. Erst als ich in der sozialtherapeutischen Abteilung einer Justizvollzugsanstalt meinen Dienst aufnahm, wurde das Thema Sexualität sehr präsent. Durch die Arbeit mit Straftätern, deren Delinquenzen auch in den §§ 176 ff. StGB angesiedelt sind, wurden einige Gedanken immer Vordergründiger:

- wie kann man es schaffen, die Betroffenen vor einem Delikt für eine Therapie zu motivieren?
- Warum gibt es so wenige Anlaufstellen für Betroffene?
- Wie muss ein therapeutisches Setting für betroffene aussehen?
- Leiden betroffene unter Komorbiditäten?
- An wen können sich Straftäter wenden, wenn sie entlassen sind?

Diese und weitere Gedankengänge ließen mich zu der Überzeugung kommen, dass ich in diesem Bereich etwas aufbauen möchte. Hierzu gehört u.a. der Erwerb der Heilpraktiker Erlaubnis, und die damit zusammenhängende Verfassung dieser Abschlussarbeit.

Mit dieser Arbeit möchte ich ein Thema behandeln, deren Betroffenenzahl mit etwa 4,4% der männlichen Bevölkerung (MikaDo-Studie der Universität Regensburg von 2015) in Deutschland etwa 1,54 Mio. Männer mit pädophilen Fantasien ansprechen könnte (bei einer männl. Einwohnerzahl ab 15 Jahre von 35 Mio. mit Stand 2015). Hierbei ist zu erwähnen, dass es sich bei dieser Zahl nicht nur um Menschen handelt, deren Sexualität ausschließlich auf Kinder unter 12 Jahren gerichtet ist, sondern auch um solche, deren sexuelle Ausrichtung primär auf Erwachsene gerichtet ist.

Nicht nur während der Arbeit mit Straftätern in der sozialtherapeutischen Abteilung der JVA, sondern auch während der Ausbildung zur Heilpraktikerin für Psychotherapie waren Kommentare auf mein Vorhaben zumeist von Aussagen wie „das könnte ich nicht“ begleitet.

Diese Aussage bestärkte mich in meiner Meinung, dass ich mich nicht nur berufsbedingt, sondern auch charakterlich als fähig für dieses sensible Thema betrachte.

Viele der Klienten (der Ausdruck für Straftäter in sozialtherapeutischen Einrichtungen) lobten immer wieder die offene und Wertschätzende Art mit der ich versuchte, eine therapeutische Verbindung zur gemeinsamen Arbeit zu finden.

In den Einzelgesprächen wurde unter anderem deutlich, dass bei den Klienten Unsicherheiten in Bezug auf die Haftentlassung bestehen. Viele wünschen sich eine (Lebzeit-) Begleitende Therapie um nicht noch einmal straffällig zu werden oder/und um sich und die Präferenz mit all ihren Verpflichtungen und dem hohen Maß an Verantwortungsbewusstsein zu akzeptieren. Dieses Bedürfnis deckt sich mit einem Teil der nicht straffällig in Erscheinung getretenen, die sich eine Begleitende Unterstützung wünschen, damit sich aus der Präferenz keine Delinquenz entwickelt.

Für nicht Straffällige gibt es seit 2005 das Projekt „kein Täter werden“ der Berliner Charité, welches mittlerweile an mehreren bundesweiten Standorten tätig ist und laut Medienberichten sehr erfolgreich ist. Für bereits straffällig in Erscheinung getretene Personen gilt das Angebot der Therapie jedoch nur stark eingeschränkt.

Verurteilte Straftäter erhalten je nach prognostischer Einschätzung seitens des Gerichtes eine Führungsaufsicht die individuell regelt, wer eine Therapie wahrnehmen soll. Ein allgemeingültiges Hilfsangebot gibt es aber nicht. Hierbei gilt es noch zu erwähnen, dass es zwar innerhalb der sozialtherapeutischen Einrichtungen Behandlungsprogramme für Sexualstraftäter gibt (BPS), ein spezielles Angebot für Personen mit einer Präferenz im Bereich F65.4 sucht man allerdings vergeblich.

Politische und historische Hintergründe

Zum weltgeschichtlichen Verständnis wurden aus verschiedenen Quellen Informationen zusammengetragen, die verdeutlichen sollen, wie mit dieser Präferenz in verschiedenen Ländern, Kulturen und Epochen umgegangen wurde. Nicht alle aufgezählten Beispiele sind als eigentliche pädophile Handlungen zu verstehen. Einiges ist religiös motiviert oder aus dem Kontext der damaligen Lebensumstände heraus zu betrachten:

- Das Wort Pädophilie leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet so viel wie „Knabenfreundschaft“. Damit ist die Beziehung zwischen einem Erwachsenen, meist gebildeten und solventen Mann und einem Knaben im antiken Griechenland gemeint (dies wiederum gilt als Päderastie (600 - 400 v. Chr.)). Dabei steht nicht die bloße sexuelle Befriedigung des Erwachsenen im Vordergrund. Vielmehr kann von einer Art Lehrer- Schüler- Verhältnis gesprochen werden, nachdem der Erwachsene sein Wissen an den Knaben übermittelte und diesen förderte. Für die Jungen bedeutete dies zum einen eine soziale Absicherung, und für die Erwachsenen, meist Aristokraten die ihre Knaben mit Geschenken umwarben, ein privilegiertes Statussymbol. Auch wenn nach außen hin ein Pädagogischer Fokus Ziel dieser Beziehung sein sollte, kam es in unterschiedlicher Intensität zu geschlechtlichen Akten. Der dabei immer wieder beschriebene Analverkehr zwischen dem Erwachsenen und dem Knaben jedoch galt als verwerflich, da die männliche Identität des Jungen dadurch infrage gestellt worden wäre. So gab es offiziell nur den legitimierte „Schenkelverkehr“.
- In der Lehre des indischen Kamasutra (200 - 300 n. Chr.) gestaltete es sich als ratsam, ein Mädchen noch vor der Menarche (erste Regelblutung) zu „beschlafen“.
- Im mittelalterlichen Europa wurden Mädchen ab 12 Jahren und Jungen ab 14 Jahren geehelicht, was auch den körperlichen Vollzug der Ehe einschloss. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 35 Jahren wurden Kinder in diesem Alter bereits wie Erwachsene behandelt und leisteten ebenso solche Aufgaben, wie z.B. bei den Mädchen die Haushaltsführung oder bei den Jungen Feldarbeit etc. Aus diesem Grund galt in den Gerichtsakten des Mittelalters die Pädophilie nur dann als solche, wenn der Erwachsene ein Kind vergewaltigte und dies als Kind wahrgenommen hatte.
- In verschiedenen Ländern, in denen der Islam streng ausgelebt wird, werden Kinderehen zwischen erwachsenen Männern und Mädchen arrangiert. Zwar schreibt der Koran, dass die Ehe erst mit Eintritt in die Pubertät erfolgen sollte-

was sich jedoch in den eigenen Wänden einer Kontrolle entzieht, bleibt Spekulation.

- In Japan werden seit einigen Jahren sog. Sexpuppen vermarktet, die Lebensechte Nachbildungen von Jungen und Mädchen im Alter zwischen 5 und 12 Jahren darstellen. Weil eine Bestellung und das Ausleben der sexuellen Neigung an diesen Puppen nicht strafrechtlich verfolgt wird, entwickelte sich ein internationaler Absatzmarkt.
- Im Buch der Richter (Kapitel 19, Vers 24) aus der Bibel wird von einem Gastgeber erzählt, der seine jugendliche Tochter opfert, um einen erwachsenen Gastfreund zu schützen. Als ein Mob vor seinem Haus erscheint und die Herausgabe des Freundes fordert, bietet er einen Tausch an: „Siehe, ich habe eine Tochter, noch eine Jungfrau, und mein Gast hat eine Nebenfrau, die will ich euch herausbringen. Die möget ihr zuschanden machen und tut mit ihnen, was euch gefällt, aber an diesem Manne tut nicht eine solche Torheit!“ Wie es scheint, war die sexuelle Ausbeutung von Kindern derart tief in der Gesellschaft verwurzelt, dass nur zögerlich dagegen vorgegangen wurde. So rühmt der Dichter Martial den Kaiser Domitian dafür, die Kastration von Kindern verboten zu haben. Zuvor hatte man Kinder bereits in der Wiege ihrer Geschlechtsorgane beraubt, um ihre kindlichen Eigenschaften zu erhalten, und sie anschließend an Bordelle verkauft. Mit der Verbreitung des Christentums wurde im Codex Theodosianus immerhin Vätern die Prostitution der eigenen Töchter verboten. Besonders bewegend ist die Lebensgeschichte der byzantinischen Kaiserin Theodora, die als Mädchen zusammen mit ihren Schwestern erotische Theaterstücke aufführen musste. Als sie Jahre später zur Kaiserin aufstieg, ließ sie den Handel mit Mädchen unter 10 Jahren verbieten und errichtete eigene Häuser, die die gefallenen Mädchen aufnehmen sollten.
- Die Entstehung des modernen Kindheitsbegriffes während der Aufklärung wurde unter anderem durch die verlängerten Schul- und Ausbildungszeiten geprägt, wonach Menschen erst später den Erwachsenen zugerechnet wurden. Dabei beeinflusste die abendländische Leibfeindlichkeit das Ideal der entsexualisierten, geschlechtslosen Kindheit. Im Gegensatz zur Verlängerung des idealen sozialen Kindheitsstatus seit der Aufklärung steht die biologische Akzeleration mit früherem Einsetzen der Ausprägung von Geschlechtsmerkmalen (Stimmbruch, Körperbehaarung, Menarche, Zeugungsfähigkeit, Wachstum) in den entwickelten Industrieländern seit 1930 (zur damaligen Zeit begann der Stimmbruch z.B. mit durchschnittlich 17,5 Jahren, heute bereits mit 12 Jahren)

Im Abschnitt „Gegen die Diskriminierung von sexuellen Außenseitern“ des Grundsatzprogramms der Grünen von 1980 sollen Forderungen nach der strafrechtlichen Freistellung für Pädophile enthalten sein. So hieß es in einem Beschluss, dass die §§174

und 176 StGB folgendermaßen umgeschrieben werden sollten: „(...) dass nur Anwendung oder Androhung von Gewalt oder Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses bei sexuellen Handlungen unter Strafe zu stellen sind.“

Dies impliziert, dass ausgenommen von obigen Kriterien ein sexueller Kontakt zu Kindern straffrei bleiben sollte. Bis zur Fusion mit „Bündnis 90“ im Jahre 1993 blieb dieser Beschluss in Kraft. Heute ist die Partei „Bündnis 90/ die Grünen“ bestrebt, mit dieser Thematik Frieden zu schließen, die über viele Jahre hinweg immer wieder in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert wurde. Deshalb wurde von der Partei eine wissenschaftliche Untersuchung des Göttinger Instituts für Demokratieforschung gefördert, dessen Bericht im November 2014 vorgestellt wurde. Hier ein Zitat von der Internetpräsenz der Partei:

„Der Bericht zeichnet nach, wie die damals in der Öffentlichkeit, in sozialen Bewegungen und in Teilen der Wissenschaft diskutierte Forderung nach Straffreiheit pädophiler Handlungen in grüne Debatten und Beschlüsse Eingang fand. Er benennt Umstände, die solche Beschlüsse begünstigten, und weist darauf hin, dass es von Anfang an auch deutliche Gegenstimmen bei den Grünen gab. Der Bericht dokumentiert, dass sich Forderungen nach Straffreiheit pädophiler Handlungen in der ersten Hälfte der 1980er Jahre in unterschiedlichen Programmen auf Bundesebene, bei einigen Landesverbänden und teilweise auch auf kommunaler Ebene finden. Für Bündnis 90/Die Grünen steht fest: Diese Forderungen waren zu keinem Zeitpunkt akzeptabel. Wir hätten als Partei schon viel früher Konsequenzen ziehen müssen und diese Positionierung damals nicht zulassen dürfen. Von Forderungen nach Straffreiheit für pädophile Handlungen distanzieren wir uns in aller Deutlichkeit. Sexualität zwischen Erwachsenen und Kindern ist immer sexualisierte Gewalt gegen Kinder und eine Form des Machtmissbrauchs, mit schwerwiegenden, zum Teil lebenslangen Folgen für die Betroffenen. Wir entschuldigen uns bei denen, die sich durch unsere Debatten und Positionen in den 1980er Jahren in ihrem Schmerz und Leid verhöhnt fühlen. Wir bedauern es zutiefst, wenn durch diese Debatten Täter ein Gefühl der Legitimation für ihre Taten erhalten haben sollten. Die Diskussion um pädophile Forderungen bei den Grünen der 80er Jahre zeigt, wie wichtig die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte ist. Dieser Aufgabe werden wir uns weiter stellen, auch auf der Bundesdelegiertenkonferenz in Hamburg. Die parteiinterne Arbeitsgruppe Aufarbeitung setzt ihre Tätigkeit fort und bleibt Anlaufstelle für ZeitzeugInnen und Betroffene.“

Aktuelle Bemühungen des Gesundheitssystems zur Thematik

Jüngst hat der Bund einen Gesetzesentwurf vorgebracht, nachdem die Therapie für Menschen mit einer pädophilen Präferenz eine kassenärztliche Leistung werden soll. Hierzu werden seit Beginn dieses Jahres und bis 2021 jährlich 5 Mio. € aus einer Umlage der gesetzlichen Krankenversicherungen an präventive Forschungsprojekte/Therapiekonzepte vergeben. Dazu ein Auszug aus den Förderungsgrundsätzen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen:

„Die Förderung des GKV-Spitzenverbandes richtet sich an Leistungserbringer, an die sich Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz wenden können, die sich freiwillig in Therapie begeben wollen. Die Förderung soll damit dazu beitragen, dass pädophile Neigungen kontrolliert und therapiert und damit sexuelle Übergriffe auf Kinder verhindert werden.

Menschen mit Präferenzstörungen können im bestehenden Gesundheitssystem nicht überall adäquat behandelt werden. Dennoch gibt es eine allgemeine Erwartung an die Gesellschaft, die potentiellen Opfer zu schützen und potentielle Täter nicht zu Tätern werden zu lassen. Bestehende oder neue Ansätze zur Behandlung von Menschen mit Präferenzstörungen sollen deshalb gefördert werden. Parallel sollen Kenntnisse gewonnen werden, wie das bestehende Behandlungs- und Schutzdefizit geschlossen bzw. weiterentwickelt werden kann.

Ziel der Förderung der vorgesehenen Modellvorhaben ist es, zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung spezifische Therapieangebote für Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, zu ermöglichen und bei der Leistungserbringung in diesem Bereich neue Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen zu erproben.

Die Ziele der Modellvorhaben lassen sich im Wesentlichen in drei Gruppen unterteilen:

1. Das Modellvorhaben dient dem medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, und zwar in den Bereichen Versorgungsforschung, Psychotherapieforschung und sexualwissenschaftliche Forschung.
- Es soll überprüft werden, wie die Zielgruppe (Menschen mit pädophiler Störung) optimal erreicht, zur angebotenen Behandlung motiviert und im Therapieprogramm gehalten werden kann. Konkret soll erreicht werden, dass von denjenigen Personen, bei denen die Eignung für das Programm festgestellt wurde, ein möglichst hoher Prozentsatz das Therapieangebot annimmt und ein möglichst geringer Prozentsatz die Therapie abbricht.
 - Mit den Methoden der Psychotherapieforschung soll das eingesetzte Therapieprogramm überprüft und weiterentwickelt werden. Wesentliche Kriterien sind dabei Effizienz, Effektivität und die Haltequote resp. Drop-Out-Rate.

- Es sollten vertiefte Kenntnisse darüber gewonnen werden, welche (statischen und dynamischen) Risikofaktoren bei dieser Personengruppe mit der Begehung von Sexualstraftaten bzw. dem Vorfeld der Tatbegehung assoziiert sind und mit welchen Methoden diese beeinflusst werden können.
 - Die wissenschaftliche Begleitforschung ist darauf gerichtet zu untersuchen, welche Effekte das Therapieprogramm auf die psychische Gesundheit und die soziale und berufliche Integration der Zielgruppe hat und ob die Verhaltenskontrolle der von Pädophilie betroffenen Personen bezüglich der auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse verbessert werden kann, so dass auch Straftaten verhindert werden und der Opferschutz gestärkt wird.
2. Die Modellvorhaben dienen der konkreten Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit pädophilen Störungen.
- Wesentliche Gründe für den vergleichsweise geringen psychotherapeutischen Versorgungsgrad pädophiler Menschen dürften auf Seiten der Betroffenen eine nicht vorhandene bzw. (noch) nicht aufgebaute Therapiemotivation, Schamgefühle, Angst vor Stigmatisierung und auf Seiten der Leistungsanbieter die geringe fachliche Kompetenz sowie deren ablehnende Haltung gegenüber dieser Klientel sein.
 - Bisherige Erfahrungen von Leistungserbringern in diesem Feld lassen erkennen, dass es möglich ist, diese Versorgungssituation durch die Etablierung spezialisierter sexualmedizinisch-sexualtherapeutischer Einrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen positiv zu verändern. Die Modellvorhaben dienen dazu, die Effekte und den Nutzen eines unter strukturellen und inhaltlichen Aspekten sich von der Regelversorgung unterscheidenden Versorgungsangebotes zu evaluieren. Neben den Evaluationskriterien Problembewusstsein, Inanspruchnahme, Kontrolle sexueller Impulse und des Verhaltens sowie komorbide psychische Störungen seitens der Zielgruppe sollen dabei auch andere Aspekte des Behandlungsangebots auf den Prüfstand gestellt werden wie die Öffentlichkeitsarbeit, die Internetpräsenz, die Arbeit der Telefonhotlines usw.
3. Die Modellvorhaben dienen der Etablierung und Erprobung sachgerechter Versorgungs- und Finanzierungsformen für die leistungrechtlich der GKV bzw. der PKV zuzuordnenden Behandlungsleistungen.
- Die Modellvorhaben dienen der Erprobung innovativer Konzepte der Organisation und Finanzierung von spezifischen Behandlungsleistungen im Bereich pädophiler Störungen.
 - Durch die Modellvorhaben soll insgesamt in Erfahrung gebracht werden, inwieweit die verschiedenen Therapiebestandteile bzw. Therapiekonzepte für eine Übernahme in die Regelversorgung in Betracht kommen bzw. welche Modifikationen oder ggf. auch zusätzliche Finanzierungsquellen dafür erforderlich sind.

Fördervoraussetzungen

Die Förderung des GKV-Spitzenverbandes richtet sich an Leistungserbringer, an die sich Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz wenden können, die sich freiwillig in Therapie begeben wollen.

Allgemeine Voraussetzungen:

- Antragsberechtigt sind alle juristischen Personen des privaten und öffentlichen Rechts, insbesondere staatliche und nichtstaatliche Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie natürliche Personen.
 - Der Antragsteller muss über projektspezifisches fachliches Wissen, Kompetenz sowie über Kenntnisse in den Bereichen Psychotherapie und Sexualmedizin / Sexualtherapie verfügen.
 - Der Antragsteller soll über Erfahrungen in der Durchführung vergleichbarer Projekte verfügen.
 - Der Antragsteller soll strukturell in der Lage sein, mindestens 10 Patienten gleichzeitig behandeln zu können.
 - Das Modellvorhaben des Antragstellers soll die Behandlung von durchschnittlich mindestens 10 Patienten pro Quartal beinhalten.
- Besondere Voraussetzungen

- Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, z.B. Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte, ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten und Einrichtungen wie Hochschulambulanzen oder psychiatrische Institutsambulanzen
- Qualifikation der Behandlerinnen oder Behandler, für psychotherapeutische Behandlungen: ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten, die über eine Genehmigung gemäß § 2 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen und die fachliche Befähigung nach § 5 Abs. 3 bzw. Abs. 4, bei Gruppenbehandlungen auch nach Abs. 5 oder nach § 6 Abs. 3 bzw. Abs. 4, bei Gruppenbehandlungen auch nach Abs. 5 oder nach § 7 Abs. 3, bei Gruppenbehandlungen auch nach Abs. 4 nachgewiesen haben; bei Behandlung von Jugendlichen müssen in diesem Fall die Behandlerinnen und Behandler beider Berufsgruppen die Approbation als ärztliche oder Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten besitzen mit einem entsprechenden Fachkundenachweis in einem Richtlinienverfahren in Bezug auf Kinder und Jugendliche.
- Spezialisierte therapeutische Sachkenntnis:
Nachweis von Erfahrungen und Kompetenzen bzgl. Diagnostik und Behandlung von Menschen mit sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen.
- für eine medikamentöse Mitbehandlung: Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, Fachärztinnen oder Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie; in Ergänzung zu den genannten Fachärztinnen oder Fachärzten können

ggf. zusätzlich mitbehandelnd Fachärztinnen oder Fachärzte (für Dermatologie, Endokrinologie, Urologie) mit der Zusatzqualifikation Andrologie einbezogen werden.

- Räumlichkeiten

Die therapeutischen Räumlichkeiten sollten für die Durchführung von Diagnostik und Therapie geeignet sein und sich nicht in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Einrichtungen befinden, in denen Kinder betreut werden oder sich regelmäßig aufhalten.

Weitere Fördervoraussetzungen:

- Die Antragsteller sind verpflichtet, einschlägige datenschutzrechtliche Bestimmungen einzuhalten. Insbesondere sind sie verpflichtet, die Regelungen gemäß § 65d Abs. 1 SGB V zu beachten: „Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Modellvorhaben gilt § 63 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anonymität der Patienten zu gewährleisten ist. Die Anonymität darf nur eingeschränkt werden, soweit die Patienten dazu ihre Einwilligung erteilen.“
- Die Antragsteller sind verpflichtet, ethische und wissenschaftliche Standards einzuhalten.
- Die Antragsteller sind verpflichtet, eine umfassende Transparenz in der Berichterstattung sicherzustellen.
- Für das Modellvorhaben ist gemäß § 65d Absatz 2 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung und externe Evaluation vorgesehen. Diese soll geeignete Therapieformen sowie deren Organisations- und Finanzierungsmöglichkeiten bewerten. Der GKV-Spitzenverband wird die Leistungen ausschreiben und beauftragen. Die Förderempfänger sind verpflichtet, mit der beauftragten Einrichtung zu kooperieren, sich an evaluierenden Maßnahmen zu beteiligen und Informationen für die Bewertung des Erfolgs der Förderung bereitzustellen.
- Ist die Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern geplant, sind die Kooperationsbeziehungen schriftlich in geeigneter Form (z.B. durch Kooperationsvereinbarungen; LOIs) nachzuweisen.
- Der Antragsteller hat die Gesamtfinanzierung sicherzustellen und einen Finanzierungsplan vorzulegen. Bei mehreren Fördergebern hat der Antragsteller einen Gesamtfinanzierungsplan vorzulegen.
- Dem GKV-Spitzenverband werden die einfachen Nutzungs- und Verwertungsrechte an den Ergebnissen des Modellvorhabens übertragen.
- Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, die Ergebnisse der einzelnen Modellvorhaben innerhalb eigener Veröffentlichungen zum Gesamtmodellprogramm zu veröffentlichen.
- Der Antragsteller ist zur Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband und den ihn unterstützenden, begleitenden Gremien sowie einer externen wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation verpflichtet. Eigenerklärungen der Antragsteller zu den oben genannten Verpflichtungen sind dem Antrag beizufügen. Modellvorhaben können nur gefördert werden, wenn sie zum Gegenstand der Förderung einen eindeutigen Bezug aufweisen sowie grundsätzlich die Fördervoraussetzungen sowie nachstehende Förderkriterien erfüllen.“

Fragestellungen und Ziel der Abschlussarbeit

Im Folgenden werden Fragen aufgelistet und in eigener Reflektion behandelt. Sie sollen dem besseren Verständnis meiner Meinung und (therapeutischen) Haltung dienen. Außerdem werden die Fragen vorgestellt, mit denen ich mich vordergründig während der Erstellung der Abschlussarbeit befasst habe- und Teil der Fragebögen waren (Fragen wurden umgeschrieben, entsprechender Sinn ist identisch)

1. Ist therapeutisches Handeln durch einen Heilpraktiker für Psychotherapie vom Personenkreis der F65.4 überhaupt gewünscht und möglich?

Mit dieser Frage beschäftigte ich mich vordergründig, da ich der Annahme war es würde sich bei Betroffenen um Personen handeln, die auf Grund der Sensibilität und Spezialität der Thematik ausschließlich auf approbiertes Fachpersonal zugehen würden. In den Punkten

Darstellung der Informationsgewinnung und Arbeit mit den Probanden

Auswertung der erhaltenen Fragebögen im Hinblick auf Fragestellungen

Wird jedoch deutlich, dass dieses Denken völlig unbegründet war und eher einem stereotypen Muster und Selbstzweifeln entsprungen ist. Rein rechtlich betrachtet ist die Ausübung der Heilkunde auf diesem Gebiet möglich und zulässig, da es sich dem triadischen System nach bei F65.4 um eine psychogene Störung handelt, trotz der Forschungsergebnisse im neurobiologischen Feld.

2. Was würde eine therapeutische Arbeit in diesem Feld für mich bedeuten?

Die Ergebnisse können sich in positive, neutrale und negative Erkenntnisse kategorisieren lassen. Diese Kategorisierung entstammt einer Impulsgeleiteten Bewertung, die nicht zwangsläufig fixen Bestand hat.

Positive Erkenntnisse:	Befriedigung der intrinsischen Motivation anderen zu helfen, Freiheit bei der Ausübung der Heilkunde ohne Beschränkungen durch Krankenkassen o.ä., Freude an der therapeutischen Arbeit und ihrer Ergebnisse, Selbstverwirklichung durch das Anwenden eigens entwickelter Therapiekonzepte, Erfolgserlebnisse und Motivation durch Umsetzung des Konzeptes durch die Klienten, Anerkennung der Arbeit durch andere Kollegen oder Fachpersonal und Austausch über
------------------------	--

Thematik, Arbeit mit vielen interessanten
Persönlichkeiten und ihren unterschiedlichen Facetten

neutrale Erkenntnisse: Die Notwendigkeit der regelmäßigen Supervision und
Eigenarbeit zur Qualitätssicherung und
Weiterentwicklung, Fortbildungspflicht und damit
verbundene Investitionen zur Kenntniserweiterung

problematische

Erkenntnisse: Bereitschaft neben der Hauptberuflichen Tätigkeit die
Heilkunde auszuüben und dem damit verbundenen
Freizeitverlust, die Einsicht und das Eingeständnis das
nicht jedem geholfen werden kann und nicht jeder auf
eine Therapie anspricht, das Durchhaltevermögen und
die Frustrationstoleranz bei ausbleibenden Erfolgen oder
Schwierigkeiten beim Start in die Tätigkeit,
Stigmatisierung durch die Öffentlichkeit in Bezug auf die
therapeutische Haltung, Schwierigkeiten in Bezug auf
die Vereinbarkeit von Verschwiegenheit und Dienstleid,
Eigenbelastung durch schwierige Thematiken und ggf.
auftretendes Schauspiel gegenüber Klienten oder
familiärem Umfeld

Durch die Erkenntnis, dass die meisten problematischen Punkte als von außen
gemacht erscheinen, wird eine negative Bewertung dieser Aufzählung als hinfällig
betrachtet.

3. Werde ich als Heilpraktikerin für Psychotherapie in diesem Themengebiet überhaupt
ernst genommen? (Sowohl vom Personenkreis als auch von anderen, approbierten
Therapeuten)

Durch die Kursteilnahme für den Heilpraktiker für Psychotherapie am campus
naturalis in Hamburg wurde mir klar, dass die Ausbildungsinhalte nicht nur nicht
meinen Vorstellungen zur Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung
entsprachen, sondern jedweder Richtlinien / Verordnungen entbehrten.
Sicher gibt es einen großen Markt für Menschen, die die Lösung ihrer
Schwierigkeiten in spiritueller Weise erarbeiten möchten. Und sicher gibt es ebenfalls
einen nicht unerheblich großen Teil derer, die mit spirituellen Heilungsmöglichkeiten
ihre Therapiekompetenzen sinnvoll ergänzen.
Mir persönlich wurde der spirituelle Teil der Ausbildung sowie der Kursteilnehmer, die
sich in diesem Feld sahen, jedoch schnell zu groß. Dies mag meiner persönlichen
Einstellung zu dieser Thematik entspringen, wird allerdings auch durch eine breite
öffentliche Meinung genährt, die die Personengruppe Heilpraktiker für

Psychotherapie / Psychologischer Berater eher als Randgruppe mit fragwürdigen Methoden sehen. Vielleicht auch dadurch, dass solche Verfahrensweisen in

Dokumentationen / Reportagen immer wieder thematisiert werden und so das Bild einer „Hokuspokus- Therapie eines möchtegern-Therapeuten“ verfestigen. Im sozialen Umfeld konnte ich ebenfalls diese eher widerstandsbehaftete Haltung wahrnehmen, auch wenn ich mich bemüht sehe, dies mit der nötigen Distanz zu betrachten.

So kam zeitnah die Frage auf, ob der Betroffene Personenkreis und auch Fachpersonal meine Bestrebungen überhaupt ernst nehmen würden. Von betroffenen erhielt ich, wie unter Punkt

Darstellung der Informationsgewinnung und Arbeit mit den Probanden
Auswertung der erhaltenen Fragebögen im Hinblick auf Fragestellungen

Zustimmung und Motivation, von der ich noch heute zehre. Bei Fachpersonal wie z.B. in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses, wo ich eine Hospitation erfragte, erhielt ich indes nicht einmal eine Antwort auf meine Frage. Gleiches geschah bei einer Kontaktaufnahme beim Projekt „kein Täter werden“. Auch bei diversen Aus- und Weiterbildungsangeboten wird der Zweig der Heilpraktiker von vornherein ausgegrenzt, indem es immer wieder sinngemäß heißt „diese Fortbildung richtet sich an Ärzte, approbiertes Fachpersonal und interessierte mit entsprechendem Studium“. Diese Ausgrenzung frustriert und lässt mich nicht daran glauben, dass mir jemals solch wichtige Möglichkeiten zu Teil werden, um meinen eigenen Anspruch an die Qualität der Arbeit zu erfüllen.

4. Wie soll mein therapeutisches Handeln aussehen und an wen soll es sich richten?

Meine therapeutische Haltung wird von Verständnis, fachlicher Kompetenz und Diskretion geprägt sein. Diese 3 Säulen weiter zu entwickeln, sie immer präsent zu zeigen und danach zu handeln wird oberste Priorität erhalten. Dies soll den zukünftigen Klienten den nötigen Raum geben, sich sicher zu fühlen und ein vertrauensvolles therapeutisches Setting aufzubauen.

Das therapeutische Handeln selbst soll in erster Linie Lösungsorientiert sein, um so dem Klienten zu ermöglichen eigene Erkenntnisse einfließen zu lassen und Ziele zu definieren, welche erreichbar und ausbaufähig sind. Durch motivierende und wertschätzende Gesprächsführung sollen Ressourcen aktiviert werden und Negative Denk- und Handlungsmuster durchbrochen werden. Mit Verhaltensanalyse sowie Verhaltens- und Kompetenztraining soll Sicherheit wiederhergestellt und Selbstbewusstsein aufgebaut werden. Aber auch mittels körperorientierter Arbeit können Blockaden gelöst und neue Denkanstöße gegeben werden.

Die therapeutische Arbeit richtet sich an alle Personen, die eine Störung der sexuellen Präferenz aufweisen (F65.), den Schwerpunkt soll dabei F65.4 bilden. In der Zukunft, und je nach Kompetenzentwicklung werden noch weitere Felder forciert.

Zu diesen Feldern können gehören:

- F64. Störungen der Geschlechtsidentität
- F66. Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F52. Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
- F4- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit sexuellem Hintergrund, vor allem Traumata, Zwänge etc.

Bei allen beschriebenen Störungsbildern ist es unerheblich, welches Geschlecht der Klient hat und ob dieser strafrechtlich in Erscheinung getreten ist oder nicht. Was zählt ist die Motivation zur Therapie, etwas im Leben verändern zu wollen und sich auf die gemeinsame Arbeit einzulassen.

5. Könnte es im Kontext zur hauptberuflichen Tätigkeit zu Schwierigkeiten kommen? (Verschwiegenheit als Therapeutin vs. Meldepflicht auf Grund des Dienstes)

Da nach §203 BGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) keine Schweigepflicht für Heilpraktiker für Psychotherapie besteht, weil dies dem Gesetz nach kein Katalogberuf ist (wie z.B. Ärzte, Berufspsychologen u.a.), sieht nur ein abgeschlossener Behandlungsvertrag nach §630a BGB (Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag) eine Schweigepflicht für den Berufszweig durch Analogisierung vor. Hierzu heißt es vom Verband freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und psychologischer Berater e.V.:

Für die Beurteilung der Schweigepflicht der Heilpraktiker für Psychotherapie ist der abgeschlossene Behandlungsvertrag (§ 630a BGB) maßgebend. Der Vertrag enthält Hauptpflichten (insbesondere die ordnungsgemäße Behandlung bzw. Betreuung), aber auch behandlungsakzessorische Nebenpflichten, wozu auch die Schweigepflicht zählt (Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Auflage Köln 2013, Rdnr. 300, 321 ff.). Von der anzuerkennenden Erwartungshaltung des Patienten/Klienten ausgehend, ist beim Umfang der Schweigepflicht kein Unterschied zwischen Ärzten und Heilpraktikern für Psychotherapie zu machen. Der Schweigepflicht unterliegen danach alle Tatsachen und Umstände, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient/Klient ein bei Berücksichtigung seiner persönlichen Situation sachliches Interesse hat (Wenzel, a. a. O., Rdnr. 322).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Schweigepflicht für Heilpraktiker für Psychotherapie nur mit Abschluss eines Behandlungsvertrages zustande kommt. Dem gegenüber steht der Dienstes nach dem niedersächsischen Beamtenengesetz:

„Ich schwöre, das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, die niedersächsische Verfassung und die in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Gesetze zu wahren und meine Amtspflichten gewissenhaft zu erfüllen (...)"

Daraus ergibt sich u.a. eine sog. Anzeigepflicht für Straftaten. Diese Anzeigepflicht ist nicht nur im Dienst anzuwenden, sondern bezieht sich auch auf Ereignisse, die sich

außerhalb der Dienstgeschäfte ereignen. Somit bin ich verpflichtet, bei Kenntniserwerb über eine Straftat, diese anzuzeigen. Dies steht im Widerspruch des Behandlungsvertrages.

Für diesen Fall soll folgende Regelung Klarheit bei den Klienten bringen:

Ein Behandlungsvertrag wird mit dem Hinweis auf die Anzeigepflicht geschlossen.

Die Klienten können so selbst entscheiden, ob sie etwaige Straftaten zur Sprache bringen, oder nicht. Dass diese Regelung das therapeutische Setting in seinem Vertrauen verletzt, ist mir bekannt. Jedoch glaube ich auch daran, dass es Klienten geben könnte, die über diese Regelung erleichtert sind, weil sie sich so in einem geschützten Rahmen öffnen können und auf die Klienten derart eingewirkt werden kann, dass sie die Straftat zur Selbstanzeige bringen. Dies wiederum wirkt sich positiv bei der Staatsanwaltschaft aus.

6. Sind mir die Grenzen des therapeutischen Handelns auf diesem Gebiet bewusst?

Bei der Möglichkeit, sich in diesem Feld einzubringen, muss klar beleuchtet werden, um was es sich hierbei handelt. Nach dem triadischen System handelt es sich bei F65.4 um eine Psychogene Erkrankung, mit der sich ein Heilpraktiker für Psychotherapie dem Grunde nach beschäftigen darf und berechtigt ist, die Heilkunde auszuüben. Sobald jedoch eine somatische Komponente in Erscheinung tritt, obliegt das weitere Vorgehen dem approbierten Psychologen, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Fachärzten.

7. Wie würde ich meinen zukünftigen Klienten gegenüber treten und mit ihnen arbeiten?

Eine Wertschätzende Haltung im Hinblick auf die Überwindung der Hemmschwelle für einen Termin zum Erstgespräch versteht sich von selbst, ebenso wie die Aufklärung des Klienten über Schweige- und Anzeigepflicht die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben. Klare Informationen darüber, wie sich die Therapie gliedert, welche Kosten entstehen und welche Personen ggf. im Laufe der Zeit einbezogen werden können, gehören ebenfalls zu den Hinweisen.

Zu den Arbeitsweisen kann zum jetzigen Zeitpunkt keine fixe Auskunft gegeben werden, da sich die Methodik durch Aus- und Weiterbildung ständig verändert. Grundsätzlich soll sie jedoch klar gegliedert und leicht verständlich sein. Eine übermäßige Verwendung von theoretischer Methodik sollte zugunsten von praktischen Übungen sowie Körperarbeit vermieden werden. Der Klient soll während der gesamten Therapiezeit ein Gefühl des Vertrauens und der Änderungsmotivation beibehalten. Dies und die Zufriedenheit mit der therapeutischen Arbeit soll in regelmäßigen „Briefings“ erörtert und sichergestellt werden. So kann auf Veränderungen während des Therapieprozesses flexibel reagiert werden.

8. Wie will ich meine therapeutische Qualität erhalten / fördern / ausbauen?

Durch die Tätigkeit in einer sozialtherapeutischen Abteilung einer Justizvollzugsanstalt habe ich bereits Erfahrungen in der Gruppensupervision sammeln können. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung als durchaus sinnvoll und sollte meiner Meinung nach einer Regelmäßigkeit folgen die es

ermöglicht, die therapeutische Tätigkeit differenziert zu betrachten und eine gesunde Distanz zum Privatleben herzustellen.

Nach erfolgter amtsärztlicher Überprüfung ist ab 03/2018 eine Fortbildung in Sexologie / Sexualberatung am SoHam Institut Hamburg geplant, die sich bis in 09/18 erstreckt und unter der Leitung von Frau Rescio sowie Herrn Jans steht.

Für eine kompetente Arbeit auf dem angestrebten Gebiet sind noch folgende Aus-/Fortbildungen geplant, die noch unter keiner Reihenfolge stehen:

- Weiterführende Fortbildungen in Sexualmedizin und -therapie
- Verhaltenstherapeutische Weiterbildung
- Traumatherapeutische Weiterbildung
- Ausbildung in EMDR
- Weiterbildung in motivierender Gesprächsführung
- Weiterbildung in autogenem Training
- Einblicke in Systemik
- Einblicke in tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Einblicke in Kunsttherapie

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass sich die Aus- und Fortbildungen berufsbedingt noch über mehrere Jahre hinziehen können. Eine ständige Weiterbildung ist aber auch nach Erreichen der oben genannten Ziele unabdingbar.

Folgende Fragen sollten durch die Abnahme der Fragebögen durch die Teilnehmer beantwortet werden und sind maßgeblich für die weitere Strukturierung der therapeutischen Absichten / Ansichten:

- Wie fühlen sich Betroffene, wenn ihnen ihre Präferenz bewusst wird (coming in)
- Was geschieht mit den Betroffenen im Hinblick auf Komorbiditäten? (in diesem Zusammenhang wurde ein besonderes Augenmerk auf die Suizidrate der Betroffenen gelegt)
- Wie sehr „leiden“ Betroffene unter ihrer Präferenz und ist diese ausschließlich von negativen Aspekten geprägt, oder gibt es auch angenehme Attribute?
- Wie wirkt sich die Meinung / Haltung der Öffentlichkeit auf die Betroffenen aus (im Hinblick auf Frage 1 und 2)

- Wie verhält sich das soziale Umfeld den Betroffenen gegenüber (und umgekehrt), wenn ein „outing“ stattgefunden hat? (stereotype Verhaltensmuster auf beiden Seiten?)
- Werden sich meine therapeutischen Absichten mit den Bedürfnissen der Betroffenen decken oder gibt es unterschiedliche Auffassungen?
- Wie sieht die bevorzugte Umgangsform von betroffenen mit Kindern aus? (sexuelle Komponente ausgeschlossen)

Die Ziele, welche mit der Verfassung der Abschlussarbeit angestrebt werden, sind in Einzelpunkten zusammengefasst:

- Ich möchte dem Personenkreis um F65.4 (und ggf. anderer Präferenzgruppen) die Möglichkeit geben, außerhalb von wissenschaftlich motiviertem / interessiertem Fachpersonal Hilfe zu finden, die nicht mit körperbezogener Diagnostik (CTG, Hirnscan etc.) empirisch festgehalten werden soll.
- Meine angebotene Hilfe soll sich nicht nur an Personen wenden die nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten sind, sondern auch an Menschen deren Straftaten in diesem Bereich liegen. Dass es unter Umständen zu Kollisionen meiner Schweigepflicht und des Dienstes kommen kann, ist mir bewusst. Hierbei bleibt zu erwähnen, dass niemand alles über sich erzählen muss. Ebenso kann ein mögliches Behandlungsziel die Selbstanzeige sein.
- Den Lesern der Abschlussarbeit soll deutlich werden, dass es sich bei diesem Personenkreis nicht pauschal um „Täter“ handelt, sondern sich die Menschen ihre Neigung nicht ausgesucht haben und deshalb eher von „Betroffenen“ gesprochen werden sollte. Diese Wortwahl dient wohl auch eher als Interimsbezeichnung, da sie dem Leser suggerieren könnte, dass es sich dabei um eine „Krankheit“ (im Sinne von Krebs, HIV o.ä.) handelt- welche wiederum mit Stereotypen behaftet sein könnte. Ferner ist der Personenkreis derer, die mit dieser Neigung leben, sicherlich nicht an einem Krankheitsgewinn interessiert, der durch eine solche Wortwahl ggf. genährt werden würde.
- Die Abschlussarbeit soll zur Enttabuisierung beitragen und Hemmschwellen abbauen, die in der Öffentlichkeit noch deutlich vernehmbar sind. Durch Aufklärungsarbeit in diesem Feld könnte der Gedanke „Präferenz=Delinquenz“ einer Bereitschaft zum offenen Dialog weichen.
- Den interessierten Lesern und/oder Betroffenen soll meine therapeutische Grundhaltung und Sichtweise näher gebracht werden und vielleicht bei der Entscheidung helfen, ob diese mit mir in ein therapeutisches Setting gehen möchten.
- Meine Abschlussarbeit soll festhalten, in welcher Weise ich mich in den Anfängen der therapeutischen Tätigkeit mit F65.4 beschäftige. So könnte sie zu einem wichtigen Messwert für spätere Aus- /Weiterbildungen werden, die meine Haltung oder Sichtweise verändern könnten.
- Mit der Abschlussarbeit soll ein erstes therapeutisches Grundkonzept (Therapiekonzept) entwickelt werden, welches im Folgenden durch Seminare, Aus- /Weiterbildungen ergänzt, überarbeitet und verbessert werden soll.

Darstellung der Informationsgewinnung und Arbeit mit den Probanden

Zu Beginn der Ausbildung zur Heilpraktikerin für Psychotherapie und mit der Aufgabe, eine Abschlussarbeit zu verfassen, nutzte ich die Arbeitsbedingungen der sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt zur ersten Informationsgewinnung. Dort sprach ich mit Klienten, deren Straftaten sich auf §176 ff. StGB beziehen. Hierbei fiel auf, dass nur ein Teil der Täter tatsächlich „kernpädagogisch“ ist, wie es in der Forensik zum Teil betitelt wird.

Damit ist gemeint, dass sich diese Person auf Grund von F65.4 zu einer Straftat im oben beschriebenen Bereich entschieden hat.

Ein großer Teil derer, die nach oben genannten Straftatbeständen verurteilt wurden, begingen ihre Taten auf Grund von Dissozialität, narzisstischen Tendenzen oder Intelligenzminderungen- allenfalls mit einer „Pädophilen Nebenströmung“. Dieser Personenkreis neigte in Einzel- oder Gruppengesprächen zu Bagatellisierung, Rationalisierung oder leugnete die aus dem Urteil hervorgehenden Tatsächlichkeiten gänzlich.

Im Gegenzug wurden im Einzel- oder Gruppengespräch von tatsächlich pädophilen Personen die Taten einsichtig beschrieben und es ließ sich eine Art „Leidensdruck“ erkennen (Hierzu ist zu erwähnen, dass sich die Klienten entsprechend ihrer Fortschritte in der Behandlung verhielten). Im persönlichen Gespräch wurde klar, dass sich die Betroffenen Sorgen machen, wie es für sie weiter ginge. Vor der Haft habe es keine Anlaufstellen gegeben, an die sie sich hätten wenden können und für die Zukunft sahen sich viele isoliert und hilflos.

Die Klienten in den sozialtherapeutischen Einrichtungen in Niedersachsen nehmen zwar an einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS) teil, aber ein speziell auf die Probleme von pädophilen Betroffenen abgestimmtes Programm gibt es nicht.

Mit diesen Sichtweisen, aufkommenden Fragen und Informationen wurde ein Fragebogen entwickelt, um betroffenen Personen außerhalb des Justizvollzuges zu befragen. Die Themengebiete innerhalb des Fragebogens wurden nicht im „multiple choice“-Aufbau erstellt. Um einen möglichst freien Text der Probanden zu erwerben die einen tieferen Einblick in die Thematik gewähren ließen, wurde dieser Aufsatzähnlich mit teils provozierenden Fragen gestaltet. Dies diente der emotionalen Wahrnehmung innerhalb des Antworttextes, soweit dies auf dem Papier möglich ist.

Der Aufbau des Fragebogens umfasste 27 Fragen (plus weitere Unterkategorisierungen der Hauptfragen) in 5 Themenkomplexen. Diese Themenkomplexe untergliederten sich in:

- Das Bewusstwerden der Präferenz und Gedanken dazu
- Umgang mit der Präferenz und ihren Gefühlen
- Abfrage nach der Bereitschaft / Motivation und der Notwendigkeit für therapeutische Hilfsmaßnahmen
- Akzeptanz der Präferenz als Teil der Persönlichkeit
- Komorbidität und Folgen des gesellschaftlichen Umgangs mit den Probanden

Um Probanden zu akquirieren, wurde im Internet auf einem Kleinanzeigen-Portal inseriert. Daraufhin meldeten sich einige Personen, die sich bereit erklärten den Fragebogen auszufüllen. Eine erhaltene Nachricht enthielt jedoch stigmatisierende Hasskommentare und forderte mich dazu auf, die Anzeige zu löschen.

Mit 2 der Probanden, die sich in den Netzwerken rund um die Thematik engagieren, entstand ein intensiverer Kontakt, der noch heute sporadisch anhält. Sie zeigten weitere Informationswege auf und brachten meinen Namen und mein Vorhaben ins Gespräch. Auf diese Weise wurden mehr freiwillige eingebunden. Neben den Dialogen mit Betroffenen, der Auswertungen der Fragebögen und persönlichen Erfahrungen wurde das Internet und entsprechende Foren (speziell das Forum „Schicksal und Herausforderung“) auch zur fortführenden Recherche genutzt. Auch Literatur half beim Zusammentragen von Informationen und weiteren Denkanstößen. Durch Dialoge mit dem sozialen und dem Arbeitsumfeld wurden dritte Sichtweisen aufgezeigt, die dabei halfen neutrale Blickwinkel zu erhalten. Die Arbeit mit den Probanden, speziell derer zwei, die mich bis heute unterstützen, gestaltete sich als durchweg positiv und zeitlich ausbaufähig. Leider ist dies durch die hauptberufliche Tätigkeit nicht immer möglich, doch ein intensiveres Engagement ist mittel bis langfristig angestrebt. Hierzu gehört auch die probeweise Anmietung eines Praxisraumes in Wohnortnähe, der zum Ende des Jahres 2017 angestrebt wird um mit interessierten Klienten kostenlose „Erstgespräche“ zu führen. Sie dienen der Probeweisen Heranführung an die spätere Tätigkeit und haben keinen Behandlungszweck.

In der sozialtherapeutischen Abteilung der Justizvollzugsanstalt konnte ich indes einen Klienten im Einzelgespräch dazu motivieren, mit dem Projekt „kein Täter werden“ Kontakt aufzunehmen, da dieser vermehrt den Wunsch äußerte, außerhalb der Haft zusätzlich nach Hilfe zu suchen. Der Klient verfasste im Oktober 2016 einen mehrseitigen Brief, welcher an den Standort Berlin gesandt wurde. Bisher bleibt eine Antwort aus.

Auswertung der erhaltenen Fragebögen im Hinblick auf Fragestellungen

Im Zeitraum von 11/16 bis 08/17 wurden die Probanden per Fragebogen anonym interviewt. Dabei stellte sich heraus, dass die Probanden sich intensiv mit den Fragestellungen beschäftigten und im Schlusskommentar bemerkten, sich so ehrlich und offen wie möglich zu den teils intimen Fragen geäußert zu haben. Kritik gab es in Form von emotionalen Äußerungen, die meine provokant formulierten Fragen ausgelöst hatten. Dies gab einen Einblick in die Vulnerabilität der Betroffenen, die anhand der Inhalte des Schriftmaterials bisweilen als eher hoch eingeschätzt werden kann. Der Erkenntnis- und Verständnisgewinn ist durch die Fragebögen und die weiteren Recherchen stetig gestiegen und soll im Folgenden anhand der unter Punkt

Fragestellungen und Ziel der Abschlussarbeit

formulierten Fragen erläutert werden:

1. Wie fühlen sich Betroffene, wenn ihnen ihre Präferenz bewusst wird (coming in)?

Das Alter der Betroffenen zum Zeitpunkt des Bewusstwerdens der Präferenz wird von einer Hälfte der Probanden als spät angegeben (Alter: 30-50 Jahre), von der anderen Hälfte als früh beschrieben (Alter: 14-16 Jahre). Altersunabhängig waren die Wahrnehmungen, die ich hier in Stichpunkten zusammenfassen möchte:

- Verdrängung des Prozesses aus Angst und Scham vor den gesellschaftlichen Folgen und der Stellung der Person innerhalb des sozialen Gefüges
- Unsicherheit und innere Leere darüber, wie ein Leben mit dieser Präferenz aussehen soll
- Erschrecken über die Fantasien und Gedanken
- Ohnmachtsgefühle bezüglich der großen und lebenslangen Verantwortung, welche diese Präferenz mit sich bringt und deren Bedeutung hinsichtlich des Verzichts auf sexuelle Bedürfnisse
- Hilflosigkeit und Gefühl der Zurückweisung durch Ärzte und Therapeuten (Anmerkung: Die Probanden schilderten hier, dass ein „Weiterreichen“ von Arzt zu Arzt oder Therapeut zu Therapeut mangels intensiverer Fachkenntnisse oder Bereitschaft zur Zusammenarbeit auf diesem Gebiet häufig vorkamen)
- In vielen Fragebögen wurde die Formulierung „Monster“ benutzt, was zum Einen auf ein Abspalten des Persönlichkeitsaspektes hindeutet, zum Anderen auf die Selbst-Stigmatisierung verweist
- Das Gefühl, durch Trennung der sexuellen Bedürfnisse und der Liebe zu Kindern eine Erleichterung herbeiführen zu können

- Belastung durch das Gefühl, sich niemandem anvertrauen zu können, aus Angst vor sozialer Isolation
- Gefühl nun ein Mensch 2. Klasse zu sein
- Selbstverurteilung durch Adaption der Gesellschaftlichen Vorurteile
- Verlust der Selbstsicherheit durch Zweifel an lebenslanger Standhaftigkeit des Verantwortungsbewusstseins

2. Was geschieht mit den Betroffenen im Kontext der Komorbiditäten? (in diesem Zusammenhang wurde ein besonderes Augenmerk auf die Suizidrate der Betroffenen gelegt)

Bei allen eingegangenen Fragebögen lassen sich deutliche depressive Tendenzen erkennen, die die Betroffenen von Beginn des coming in bis zum heutigen Tage in unterschiedlichen Intensitäten erleben. In 5 von 6 Fällen beschrieben die Probanden mindestens einen Fall, in dem sich ein konkreter Todeswunsch präsentierte, welcher unterschiedlichen Ursprungs war. Gründe hierfür waren u.a. der Liebeskummer zu einem Kind und die sich hieraus ergebende Einsicht, dass das Kind diese Form der Liebe nicht erwidert (und nicht erwidern kann). Auch die Hilflosigkeit, welche sich auf der Suche nach Therapeuten oder Therapieplätzen einstellt, mündete in solche auswegsuchenden Gedanken. Auch soziale Isolation und Ausgrenzung aufgrund eines „outings“ tragen zu Selbstschädigenden Gedanken bei. Um mit dieser Präferenz und all ihren Verpflichtungen und Herausforderungen leben zu können, greift nur ein kleiner Anteil der Probanden auf Suchtmittel zurück- hier ist es legal erhältlicher Alkohol. Bezüglich wahnhafter Wahrnehmungen kann indes keine genaue Aussage gegeben werden. Einige Betroffene schildern, dass sie paranoide Gedankenmuster entwickeln aus der Angst heraus, als Pädophiler „erkannt“ zu werden. Das diese jedoch unsinnig sind und aus der gesellschaftlichen Meinung genährt werden, formulierten die Probanden verständlich und aus eigenem Antrieb; sie sind also nicht ichsynton.

3. Wie sehr „leiden“ Betroffene unter ihrer Präferenz und ist diese ausschließlich von negativen Aspekten geprägt, oder gibt es auch angenehme Attribute?

Die Betroffenen Probanden schilderten in den Fragebögen, dass es sich bei ihrer Liebe zu Kindern und der sich daraus ergebenden Einsicht, dass Kinder altersbedingt eine andere Auffassung von Liebe und deren Ausleben haben, zu einem leidenden Zustand kommt.

Unter der Berücksichtigung, dass hier ein wesentlicher Teil der Bedürfnisse eines Menschen (Liebe, Sex, Geborgenheit) lebenslang eingeschränkt bleibt, ist dies durchaus nachvollziehbar.

Einige Einsendungen verrieten, dass die Frustration darüber so hoch ist, dass sich diese wünschten, mit einer „herkömmlichen“ Sexualität ausgestattet zu sein. Trotz dieser Problematik ergab sich aus den Schilderungen der Probanden, dass der Umgang mit Kindern in nicht sexuell ausgerichteter Absicht ein durchweg positives Erlebnis darstellt. Bisweilen sehen sich die Betroffenen als verständnisvoller für die Belange und Interessen der Kinder, weil sie diesen „auf Augenhöhe“ begegnen. Dies

und die Sichtweise, die Kinder für ihre Umwelt entwickeln und mitteilen, seien die angenehmen Seiten und bleiben nachhaltig im Gedächtnis.

4. Wie wirkt sich die Meinung / Haltung der Öffentlichkeit auf die Betroffenen aus? (im Hinblick auf Frage 1 und 2)

Durch fortwährend durchgeführte Befragungen der Bevölkerung ist hinlänglich bekannt, dass die Akzeptanz für Personen mit einer Pädophilen Präferenz in der Gesellschaft gegen null geht. Zwar können jüngste Studien eine langsame Trendwende erkennen lassen, jedoch ist die Grundhaltung eher von Abneigung geprägt.

Durch das Wissen um diese Grundhaltung und der damit verbundenen sozialen Isolation kommt es häufig zu unter Frage 2 beschriebenen Komorbiditäten. Während der Recherche in Internetforen ergab sich zu dem Bild der Betroffenen, welche sich durch die öffentliche Meinung gekränkt und abgestoßen fühlen, noch ein zweites Bild welches eher von Aggressivität geprägt ist. Hierbei begaben sich die Betroffenen zwar grundsätzlich in eine Opferrolle, jedoch konnte in den Texten deutlich der Widerstand zum Rest der Bevölkerung und eine gewisse Verachtung ausgemacht werden. Das dieser Mechanismus zur Kanalisation über den Frust dient, den die betroffene Person abzubauen versucht, ist nachvollziehbar. Ebenso die grundsätzliche Überzeugung, dass Therapeuten nicht helfen könnten, solange sie nicht selbst eine solche Präferenz aufweisen, nährt diese Vermutung.

5. Wie verhält sich das soziale Umfeld den Betroffenen gegenüber (und umgekehrt), wenn ein „outing“ stattgefunden hat? (stereotype Verhaltensmuster auf beiden Seiten?)

Die Erwartungen an das Verhalten der Personen im sozialen Umfeld der Probanden waren zu einem großen Teil von negativen Beschreibungen geprägt. Hierbei wurde immer wieder die Angst vor einem gesellschaftlichen Ausschluss beschrieben (Generalverdacht, Vorwürfe, Zurückhaltung, Beziehungsbeendigung). Aber auch die Hoffnung auf Akzeptanz, Verständnis und Hemmungsabbau wurden genannt.

Insgesamt beschreiben die Probanden die Reaktionen ihres Umfeldes als gemischt- wobei eine gänzlich ablehnende Haltung nicht aufgeführt wurde. Von reservierter Zurückhaltung bis hin zu interessierter Offenheit ist eine breite Palette genannt worden. Wichtig schien es dem Umfeld der Betroffenen jedoch zu sein, dass eine ehrliche Versicherung darüber abgegeben wird, keine sexuellen Handlungen an/mit/von Kindern vorzunehmen (zu lassen).

Letztlich lassen sich so auf beiden Seiten Stereotypen finden.

Auf der Seite der Betroffenen herrscht selbst bei nächsten Angehörigen die Befürchtung vor, von diesen verachtet und ausgeschlossen zu werden.

Dem steht das Bedürfnis des sozialen Umfelds gegenüber, die Betroffenen auf sexueller Distanz zu Kindern zu sehen, welches mit Fragen in diese Richtung seine Klärung finden soll.

Beziehungsabbrüche werden weniger beschrieben, jedoch wird seitens der Betroffenen eine steigende Belastung beschrieben, die vorwiegend innerhalb der Familie beim Ehepartner zum Tragen kommt.

Regelmäßige Gespräche der Betroffenen mit den involvierten zum Spannungsabbau scheint es den Schilderungen der Probanden nach weniger zu geben, aber eine grundsätzliche Bereitschaft zur Unterstützung durch Angehörige wurde von der Mehrheit aufgeführt.

6. Werden sich meine therapeutischen Absichten mit den Bedürfnissen der Betroffenen decken oder gibt es unterschiedliche Auffassungen?

In den Antworten der Probanden auf die Fragebögen schlug sich eine einheitliche Meinung über die Merkmale einer therapeutischen Hilfe nieder, die mit dem eigenen Anspruch zwar Ähnlichkeit hat, jedoch auf einer anderen Ebene zu verstehen ist. So beschreiben die Probanden mit großer Mehrheit die Notwendigkeit einer Vertrauens-, Verständnisvollen und unvoreingenommenen Haltung. Das Bedürfnis nach Anonymität wurde ebenso geschildert wie der Wunsch nach persönlichen Gesprächen (diese würden im Bedarfsfall einer „Telefonberatung“ vorgezogen). Wichtig war auch das Darlegen der Methodik, die erkennen ließ das sich die Probanden eine Integration ihrer Neigung in ihr Leben wünschen und einen besseren Zugang und Umgang mit ihren Gefühlen anstreben. Dies allerdings nicht unter Ausschluss des Umgangs mit Kindern, sondern mit einem Verantwortungsbewussten Umgang in allen Lebenslagen. Insgesamt sei eine Person „zum reden“, die bei allem Verständnis aber nicht mit Mitleid antwortet, die richtige Hilfe.

In diesem Zusammenhang beschrieben viele der Probanden, dass ihnen der Austausch mit gleichgesinnten in Internetforen viel Mut gibt und die zum Teil labile Gemütslage zu bessern vermag.

Hier wurde deutlich, dass noch vor fachlicher Kompetenz und therapeutischer Methodik die zwischenmenschliche Seite von herausragender Bedeutung ist- viel mehr noch als vermutet.

Fast schambehäftet musste ich feststellen, dass etwas für mich so selbstverständliches hier viel mehr wiegt als die Anzahl der Fortbildungen pro Jahr. Umso wichtiger erscheinen hier die beantworteten Fragebögen- ein wertvolles Feedback noch vor Beginn der therapeutischen Tätigkeit.

7. Wie sieht die bevorzugte Umgangsform von Betroffenen mit Kindern aus? (sexuelle Komponente ausgeschlossen)

Wie unter Frage 6 bereits beschrieben wurde, wünschen sich die betroffenen einen verantwortungsvollen Umgang- auch mit Kindern im Präferenzalter. Ob dieser Umgang immer unter Aufsicht stattfinden sollte (mit einer solchen Reglementierung wird zum Teil therapeutisch interveniert) wurde hier nicht näher beschrieben. Eine regelrechte „Abschottung“ von Kindern wird kritisch gesehen, da viele der Probanden und auch Mitglieder in Foren von depressiven Symptomen berichten, sofern dies zum Schutz der Kinder in Eigenverantwortung organisiert wird. In der Literatur von

Betroffenen wird immer wieder deutlich, dass die spielerischen Momente in denen getobt und gelacht wird, den Betroffenen ein wahres Glücksgefühl gibt.

Beschreibungen, nachdem die Probanden immer bestrebt sind, den Kindern ein gutes Gefühl zu geben indem ihnen vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt und ein fortwährender innerer Dialog angetrieben wird um sich selbst zu hinterfragen, deuten auf eine omnipräsente Vorsicht hin.

Ergebnisse der Arbeit und Bedeutung für die Tätigkeit im therapeutischen Setting

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die am schriftlichen Interview beteiligten Personen direkt und offen geantwortet haben. So ließ sich zwar nicht alles einfach lesen, dennoch sind die Informationen aus den Fragebögen wertvoll und maßgeblich an der Abschlussarbeit beteiligt.

Von großer Bedeutung ist die Justierung der therapeutischen Haltung aus den Ergebnissen der Arbeit. Insbesondere die zuerst wissenschaftlich fundierte Anspruchshaltung an die Qualifikation meiner therapeutischen Arbeit muss überdacht werden. Eine sexualtherapeutische Qualifikation mit Fähigkeiten in der Behandlung von Sexualpräferenzen erscheint generell als sinnvoll und erstrebenswert, ist aber im Umgang mit den Klienten eher von unterschwelliger Bedeutung. Vielmehr ist es die soziale Kompetenz, die von den Klienten ab dem Erstkontakt wahrgenommen wird und darüber entscheidet, ob es überhaupt zu einer zukünftigen vertrauensvollen Zusammenarbeit kommt. Dabei erscheint es auf den zweiten Blick wichtiger, motivierend und gegebenenfalls auch (Krisen-)intervenierend arbeiten zu können. Somit ist eine Qualifikation in Richtung Krisenmanagement, Depressionsbehandlung und in diesem Zusammenhang auch dem Erlernen von Achtsamkeits- und Entspannungstechniken noch vor Aufnahme der therapeutischen Tätigkeit notwendig.

Unter Bezugnahme auf - F66.1 ichdystone Sexualorientierung - muss das Feld der therapeutischen Ausrichtung erweitert werden. Nicht nur, weil dies Differentialdiagnostisch von Bedeutung ist, sondern auch um gewährleisten zu können, dass eine regelmäßige therapeutische Arbeit möglich ist.

Einen weiteren Erkenntnisgewinn stellen die Bedürfnisse der Betroffenen dar. Der Wunsch nach einer wertschätzenden, unvoreingenommenen Gesprächsführung ohne Mitleidsbekundung ist ebenso wichtig wie die Fähigkeit, die Betroffenen in schwierigen Situationen und Lebenslagen abzuholen und mit den richtigen Interventionen wieder Auftrieb zu geben. Diese Erkenntnis schließt noch eine weitere ein: die Gewissheit darüber, dass eine therapeutische Grundhaltung im Sinne der „Bringschuld“ unangebracht und wenig Lösungsorientiert ist. Die Tendenz, die Betroffenen zu „entertainen“ oder mit nicht selbst angebrachten Lösungsgedanken zu „schubsen“ ist manipulativ und eher kontraindiziert zu sehen. Sofern es jedoch auf Grund einer depressiven Symptomatik zu formalen Denkstörungen kommt, ist eine Hilfe ausnahmsweise nötig. Ein zurückhaltendes Setting ist aber gesamttherapeutisch eher angezeigt.

Als weiteres Ergebnis der Arbeit kann beschrieben werden, dass sich die Betroffenen vorzugsweise oder vielleicht auch aus dem mangelnden Therapeutenangebot in Foren organisieren, deren Ausrichtung unterschiedlich ist. Am Beispiel des

Forums „Schicksal und Herausforderung“ wird hierbei deutlich, dass es sich um ein Onlineportal für Betroffene handelt, die sexuelle Kontakte zu Kindern ablehnen und sich zum Zwecke der Selbsthilfe und Unterstützung gegenseitig Mut zusprechen und Hilfestellungen geben.

Dies ließ die Idee nach einer realen Form dieser Selbsthilfegruppe aufkeimen. Angestrebt wird ein quartalsmäßiges Angebot einer angeleiteten offenen und anonymen Selbsthilfegruppe die bei steigendem Bedarf auch im monatlichen Intervall stattfinden kann. Um eine größere Anzahl von Betroffenen zu akquirieren soll diese Selbsthilfegruppe einen gesamten Tag in Anspruch nehmen. Sinnvoll könnte hierbei die Gewinnung eines Betroffenen zum Zwecke der Assistenz werden. Trotzdem soll diese Veranstaltung kostenlos sein. Von hier aus ist ein Schritt in Richtung Einzelgesprächstherapie unter Umständen für die Betroffenen leichter in Erwägung zu ziehen. Zusätzlich ist eine „offene“ und anonyme Sprechstunde für Betroffene (unterschiedlicher Präferenzen) denkbar, welche einmal monatlich geplant ist und keinen fortlaufend bindenden Charakter haben soll.

Bedürfnisorientierte Anpassung der therapeutischen Angebote, der Öffentlichkeitsarbeit und politischen wie medizinischen Haltung; hier auch Bezugnahme zu bereits existierenden, öffentlichen Angeboten

Da die Zahl der Betroffenen in Deutschland weit höher ist, als es offizielle Zahlen beschreiben, kann davon ausgegangen werden, dass es nur eine unzureichende Zahl an Therapeuten gibt, welche sich mit dieser Thematik beschäftigen (wollen). Anhand der Schilderungen in den Fragebögen mangelt es vor allem an Akuthilfe bei schwerwiegenden „coming out“-Problemen. Die Betroffenen beschrieben durchweg das Bedürfnis nach Mitteilung und Gesprächen. Dabei sind es nicht immer die Familienmitglieder oder Freunde, die als Gesprächspartner in Frage kommen. Für einige schien/scheint die Belastung an das soziale Umfeld mit der Thematik als zu hoch eingeschätzt- deshalb herrscht bei einigen auch heute noch Verschwiegenheit. Einige berichteten von negativen Folgen, gerade was eine bestehende Partnerschaft/Ehe anbelangt; hier gehen die Gedanken auch in Richtung Reue aufgrund der Veränderungen im Umgang miteinander nach dem „coming out“. Um dieses Feld abzudecken- auf der einen Seite das Gesprächsbedürfnis, auf der anderen Seite die Angst vor den sozialen Folgen- sind Therapeuten, die eine auf Sexualpräferenzen ausgerichtete Therapie anbieten, von großem Wert für die Klienten.

Leider gibt es zurzeit noch keine flächendeckende Versorgung von standardisierten Therapieverfahren. Das Projekt „kein Täter werden“ verfügt zwar mittlerweile über mehrere bundesweite Standorte, jedoch werden die bevorzugten Probandengruppen eingeschränkt. Von Seiten der Krankenkassen werden Sexualtherapeutische Maßnahmen nicht übernommen, und für Selbstzahler bildet eine Therapie einen erheblichen Kostenfaktor. Weshalb der Bund bei einer Freigabe von 5 Mio. € aus der Umlage der gesetzlichen Krankenkassen zur Behandlung/Therapie von Menschen mit einer pädophilen Präferenz keine Ausweitung der therapeutischen Möglichkeiten zulässt, bleibt offen (siehe hierzu Punkt –Aktuelle Bemühungen des Gesundheitssystems zur Thematik-).

Eine Alternative zu diesen Programmen, deren Aufnahmeverfahren sicher bereits viele Personen abschreckt und einige Wartezeit mit sich bringt, stellt die „Notfallsprechstunde“ dar. Eine offene und anonyme Sprechstunde, in denen die Betroffenen akute Krisenhafte Situationen schildern und durch Gespräche eine emotionale Entlastung erfahren können. Verhaltenskorrigierende Maßnahmen sind in einer „Notfallsprechstunde“ zeitlich zwar weniger möglich, jedoch helfen allein reflektierende Gespräche oft zur Motivation, selbst eine kurzfristige Lösung der aktuellen Problematik herbeizuführen. Dies kann bis hin zur

freiwilligen stationären Einweisung in eine psychiatrische Fachklinik führen, die durch den Betroffenen selbst organisiert wird (auch unter therapeutischer Hilfestellung).

Diese Art der Krisenintervention ist sehr gut für die Öffentlichkeitsarbeit geeignet. Sie kann sowohl den Betroffenen als auch der Gesamtbevölkerung ein sicheres Gefühl geben. Ähnlich dem Modell der Seelsorge oder anderen karitativen Einrichtungen können bei Erfolg Bundesweit Standorte entstehen, die einer gemeinnützigen Förderung entspringen. Mit Förderung ist gemeint, dass etwaige Zeitungsanzeigen, Praxisunterhalt, Plakate etc. nicht nur von den (ehrenamtlichen) Therapeuten oder Beratern getragen werden, sondern teilweise aus Spendengeldern finanziert werden. Presse- oder Radiofunkmitteilungen über die Ergebnisse und Erfolge der Arbeit können fortlaufend informieren und akquirieren.

Einen weiteren Punkt stellt die Systematik in der ICD-10 dar. Bisher ist dort die Präferenz unter F65.4 einheitlich zusammengefasst. Dies stellt die Gruppe der Menschen mit Pädophiler Ausrichtung als eine homogene Gruppe dar. Laut Meinung der Verfasserin ist dies jedoch differenziert zu betrachten. So wird eine Person, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlt, diese Präferenz jedoch nicht auslebt und darunter in gewisser Hinsicht „leidet“ mit einer Person gleichgestellt, die ihre sexuelle Ausrichtung auf Kinder mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung real auslebt.

Zum Zwecke der Gliederung ist hier folgendes Modell als Anregung zu verstehen:

F65.40 Pädophilie vom Kerntypus, gegenwärtig nicht aktiv

F65.41 Pädosexualität vom Kerntypus

F65.42 Pädophilie unter Motivation von Persönlichkeitsstörungen oder anderer Präferenzstörungen, gegenwärtig nicht aktiv

F65.43 Pädosexualität unter Motivation von Persönlichkeitsstörungen oder anderer Präferenzstörungen

F65.44 Pädophilie vom Surrogat- Typus, gegenwärtig nicht aktiv

F65.45 Pädosexualität vom Surrogat- Typus

Die Begriffe Pädophilie und Pädosexualität trennen die Personenkreise der Menschen, deren sexuelle Ausrichtung sich primär auf Kinder im vorpubertären Stadium bezieht. Bei Personen deren Ausrichtung nicht in der realen Sexualität ausgelebt wird und deshalb auch zu einem gewissen Grade leidende Umstände verursacht, sollte der Begriff Pädophilie verwendet werden. Mit Pädosexualität sind die Personenkreise gemeint, deren Ausrichtung ihren Weg in die reale Sexualität gefunden hat und deshalb sexuelle Handlungen an/von/mit Kindern stattfinden.

Der unter F65.40 und F65.41 genannte Begriff „Kerntypus“ bezeichnet dabei die Präferenz an sich. Dabei ist diese als sexuelle Orientierung zu verstehen, welche neben dem sexuellen Interesse an Kindern auch den Anspruch erhebt, eine Liebesbeziehung zu diesen einzugehen, wie sie im Erwachsenenalter stattfindet.

Bei F65.42 und F65.43 handelt es sich um eine ätiologisch komorbide Präferenz, deren Ausleben unter Einfluss von Persönlichkeitsstörungen oder anderen Präferenzstörungen steht. Die jeweilige Persönlichkeitsstörung (z.B. F60.2 dissoziale Persönlichkeitsstörung, F60.80 narzisstische Persönlichkeitsstörung) oder Präferenz (z.B. F65.5 Sadomasochismus) soll zusätzlich kodiert werden, wenn die Diagnostischen Kriterien der jeweiligen Störungsbilder eindeutig erfüllt sind.

Unter F65.44 und F65.45 wird der Begriff Surrogat verwendet. Dieser dient der Beschreibung des sexuellen Verhaltens, welches als „Ersatzhandlung“ definiert werden kann. Weil aus Scham, Frust oder anderen Umständen keine (sexuelle) Beziehung zu Personen in derselben Altersgruppe aufgebaut wird, wendet sich die Person ersatzweise Kindern zu. Ein einzelner Vorfall ist für die Diagnosestellung nicht ausreichend, erst bei anhaltender Fokussierung handelt es sich um den Subtypen.

Zusammenfassung der Arbeit, Persönliche Haltung

Zusammenfassend lässt sich kein eindeutiges Bild festhalten, welches der Präferenz zugeschrieben werden kann. Oftmals verwechselt die Öffentlichkeit die Pädophilie mit dem sexuellen Missbrauch an Kindern. Stigmatisierungen sind trotz der Aufgeklärtheit der heutigen Gesellschaft noch immer bei den allermeisten Menschen zu finden. Selbst Therapeuten werden von den Klienten als nicht vorurteilsfrei wahrgenommen. Viel wird indes für den Opferschutz und die Prävention vor Straftaten getan. Unter diese Kategorie darf auch das Projekt „kein Täter werden“ mit seinen Standorten aufgeführt werden. Offen wird propagiert, dass die Therapie von pädophilen darauf ausgerichtet ist, Kinder zu schützen und so eine sicherere Gesellschaft zu kreieren. Die Frage nachdem, wie sich die Betroffenen dabei fühlen, bleibt dabei unbeantwortet. Wie mögen sich die Betroffenen fühlen, wenn ihnen suggeriert wird, dass sie nur zum Schutz der Bevölkerung therapiert werden, es im Kern aber nicht um sie selbst geht? Dies mag eine ketzerische Frage sein, stellt sich aber zu recht wenn man sich intensiv damit beschäftigt. Dass die Realität nicht ganz so schwarz/weiß gemalt wird, macht das Beispiel eines Betroffenen in seinem Buch „für ein Kinderlachen“ klar. Dort begibt sich der junge Mann in eben diese beschriebene Therapie und gewinnt wieder an Selbstvertrauen und Handlungssicherheit. Das Bedürfnis nach Verwirklichung der Phantasien wird ohne Medikamente gemindert und die depressiven Phasen abgemildert.

Wenn die Betroffenen ihre Präferenz selbst beschreiben sollten, ginge es dabei nicht primär um Sexualität, sondern ein großer Teil ist dem Beziehungswunsch zu Kindern zuzuschreiben. Wie ein Großteil der Bevölkerung eine Partnerschaftliche Bindung zu einem anderen Menschen desselben oder anderen Geschlechts anstrebt, ist dieser Gedanke auch bei Menschen mit Pädophilie vorhanden- allerdings ist das bevorzugte Partneralter nicht passend. Von diesem Standpunkt ausgehend sind viele der Betroffenen reflektiert und nehmen die Abweichung ihrer Präferenz zum Rest der Bevölkerung als nicht auslebbar wahr. Gleichwohl werden Phantasien zur sexuellen Stimulation im Präferenzalter zur Selbstbefriedigung genutzt. Viel Schamgefühl wird dem Konsum von Bild- oder Videomaterial von sexuellen Handlungen mit/an/von Kindern zugeschrieben; hier beschreiben die Betroffenen ein innerliches Gefecht zwischen dem Bedürfnis nach Ausleben der Sexualität und der strafbaren Handlung. Berichte über Ernüchterung, Schamgefühl und „Katerstimmung“, bis hin zu Ekel und Wut über die eigene Handlung machen deutlich, wie hin- und hergerissen sich ein Leben mit einer solchen Präferenz gestaltet.

Während konventionelle oder experimentelle Therapien und Untersuchungen auf die sexuelle Ansprechbarkeit der Betroffenen zielen, stehen dem nicht wissenschaftlich gebundenen Heilpraktiker für Psychotherapie noch andere Mittel und Wege zur Therapie der Klienten zur Verfügung. Die bisher evaluierten Methoden, wie z.B. Verhaltenstherapie oder bildgebende Verfahren zur Diagnose sind sicherlich wertvolle Ansätze und scheinen ihr Ziel nicht zu verfehlen. Jedoch haben Methoden wie orgasmische Neuorientierung oder masturbatorische Sättigung meiner Meinung nach keinen Erfolgsversprechenden Charakter. Sie zwingen die Klienten in eine Rolle, die sie nicht sind.

Vielmehr scheint es eine Mischung aus verschiedenen Verfahren zu sein, die für die Klienten am sinnvollsten scheint. Um stabilisierend und motivationsfördernd auf die Klienten einzuwirken ist es wichtig, eine entsprechende Gesprächsführung mit antidepressiv wirkender Ressourcenarbeit zu forcieren. Ist dies allein nicht hilfreich genug, muss in schweren Fällen über eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva nachgedacht werden. Dies entscheidet der behandelnde Arzt. Im weiteren Verlauf erscheint zu allererst eine Psychoedukation wichtig, die grundlegend über die Präferenz und die damit verbundene lebenslange Verantwortung und Komorbiditäten informiert. Sexuelle Aufklärungsarbeit wird in einigen Fällen wichtig sein, um den Verständnisprozess zu begleiten und zu fördern. Kernpunkt wird die Verhaltenstherapie bleiben, um den Klienten die Möglichkeit zu geben, für die Zukunft andere Strategien im Umgang mit ihrer sexuellen Orientierung zu erlernen und zu verinnerlichen. Dabei spielt der Umgang mit der eigenen Sexualität eine große Rolle. Zwar ist es möglich, das Bedürfnis nach Ausleben von Sexualität mittels Medikamenten zu dämpfen, allerdings ist dies oftmals nicht gewünscht. Hier kann die Methode des Sexocorporel helfen, andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Mittels Achtsamkeitsübungen und Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und dessen Lustpunkten/-gefühlen kann eine Sexualität mit dem eigenen Körper aufgebaut werden, die frei von der Notwendigkeit äußerlicher sexueller Reize sein kann. Auch im vielbeschworenen Tantra können Lösungsansätze verborgen liegen, die viele Betroffene vielleicht noch gar nicht in Erwägung gezogen haben.

Bei aller Fokussierung auf die Minderung depressiver Episoden und sexueller wie partnerschaftlicher Frustration wollen die Klienten auch alltagspraktische Fähigkeiten erwerben, die ihnen zu einem sicheren Umgang mit Kindern und der Bevölkerung verhelfen sollen. Dazu gehört nicht nur die Stärkung der Empathiefähigkeit, sondern auch das Erlernen und Integrieren individueller Denk- und Handlungsmuster. Steuerungsfähigkeit und Impulskontrolle sollen dabei Ziele der intrinsischen Motivation darstellen und nicht vom Therapeuten ausgestaltet werden.

Leider gibt es auch heute noch sehr wenig Therapeuten, die sich mit der Thematik auseinandersetzen, geschweige denn einen Therapieansatz für die Betroffenen anbieten. So erschreckt es etwas, dass die Forderung der Bevölkerung nach Opferschutz nicht das Eingeständnis bedeutet, dass ein weiter gefasster Rahmen der Therapeutischen Möglichkeiten von Seiten des Bundes und der Krankenkassen nicht wenigstens experimentell in Erwägung gezogen werden sollte.

Literaturverzeichnis und Quellangaben

Literatur:

- „für ein Kinderlachen“- Max Weber
- „Therapie mit Pädophilen?“- Michael Stiels- Glenn; Pabst Science Publishers Verlag
- „Ambulante Täterarbeit. Interventionen, Risikokontrolle und Prävention“- Gernot Hahn, Michael Stiels- Glenn; Psychiatrie Verlag
- „Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie“- Christopher M. Ofenstein; Elsevier Verlag
- „ICD-10 kompakt. Heilpraktiker für Psychotherapie“- Sybille Disse; Elsevier Verlag
- „ICD-10“ – Horst Dilling, Werner Mombour, Martin H. Schmidt; hogrefe Verlag
- „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ – Volker Arnold, Christian Reimer, Horst Dilling ; Springer Verlag
- „StGB- Strafgesetzbuch“- Beck Texte; Deutscher Taschenbuch Verlag

Weitere Quellen:

- www.kein-taeter-werden.de
- www.deutschland-im-mittelalter.de
- www.wikipedia.de
- www.mikado-studie.de
- www.schicksal-und-herausforderung.de
- www.aerzteblatt.de
- www.nemup.de
- www.gruene.de
- www.shadowsproject.net

Weitere Informationen entstammen den Fragebögen der Betroffenen und der Befragung von Gefangenen mit Straftaten nach §176 ff. StGB

Danksagung

Allen Betroffenen, die mich durch die Beantwortung der Fragebögen unterstützt haben, gilt mein Dank an dieser Stelle. Viele Denkanstöße sind durch die detaillierten Beschreibungen und Erzählungen zustande gekommen und haben diese Abschlussarbeit maßgeblich beeinflusst. Besonders hervorzuheben sind an dieser Stelle 2 Personen, die mich noch über Monate danach begleitet haben und welche vorab einen prüfenden Blick von Seiten der Betroffenen auf die Abschlussarbeit geworfen haben. Motivation, Begeisterung für die Thematik und das Bedürfnis, etwas in der therapeutischen Welt verändern zu wollen, wurden durch sie gefördert.

Auch meiner Familie, Freunden und Kollegen ein herzliches Dankeschön, dass sie immer ein verständnisvolles Ohr für meine Belange hatten und sich meine Gedanken und Absichten anhörten. Das ist nicht selbstverständlich und bei einer so sensiblen Thematik auch nicht immer einfach.

Im Forum der Internetpräsenz „Schicksal und Herausforderung“ erhielt ich ebenfalls viel Zuspruch- ohne den Satz „ja Frau Quednau- wir brauchen Menschen wie sie“ wäre meine Idee sicherlich im Sande verlaufen und ich hätte mich wahrscheinlich einem einfacheren therapeutischen Schwerpunkt gewidmet. Die positiven Rückmeldungen auf die Ausgestaltung des Fragebogens haben mir Mut gemacht, dass auf einer anderen Ebene der Informationsgewinnung vieles zum Vorschein trat, was meiner Meinung nach bisher therapeutisch eher unzulänglich behandelt wurde.

Diese wertvollen Erkenntnisse, und der persönliche Kontakt zu den Betroffenen bestärken mich in der Meinung, dass auch unkonventionelle Methoden Einzug in die therapeutische Praxis halten sollen.

Zuletzt möchte ich Frau Rescio danken, die sich Zeit genommen hat, meine Abschlussarbeit zu lesen und zu kommentieren. Sie ist im SoHam Institut in Hamburg als Sexualtherapeutin tätig, verfügt über langjährige Erfahrung und befindet sich zurzeit im Masterstudiengang zur Sexologin an der Universität Merseburg. Ich wünsche ihr viel Erfolg und alles Gute für die Zukunft.