



## **Diagnostische und therapeutische Arbeit mit sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz**

Bereits seit Mitte der neunziger Jahre werden Jugendliche, die durch sexuelle Übergriffe gegenüber jüngeren Kindern auffallen, in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz diagnostisch und therapeutisch gesehen.

Die – besonders in früheren Jahren – oftmals von Opferschutzeinrichtungen propagierte grundsätzliche Ablehnung einer Beschäftigung mit Tätern wurde und wird von uns aus verschiedenen Gründen nicht geteilt:

Aus zahlreichen internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass Sexualdelikte häufig von Jugendlichen begangen werden und dass es sich um Delikte mit einer hohen Wiederholungsgefahr handelt. Nach einer Untersuchung von Tschahn (2006) werden 40 % aller sexuellen Übergriffe gegenüber Kindern unter 12 Jahren von Jugendlichen begangen. Der weit überwiegende Teil der übergriffigen Jugendlichen ist männlich. Diagnostische und therapeutische Interventionen sollten möglichst frühzeitig ansetzen, um das Wiederholungsrisiko zu minimieren. Jede erfolgreich abgeschlossene Therapie eines sexuell übergriffigen Jugendlichen schützt potentielle Opfer vor weiteren Misshandlungen, insofern ist Tätertherapie ein wichtiger Baustein des Opferschutzes.

Oftmals sind die Trennlinien zwischen Tätern und Opfern nicht so klar wie es auf den ersten Blick scheint. Häufig haben die über-

griffigen Jugendlichen ihrerseits außerordentlich schwierige biographische Erfahrungen, die von Traumatisierungen, eigenen Misshandlungen, Vernachlässigung und Beziehungsabbrüchen geprägt sind. Die sexuellen Übergriffe gegenüber Schwächeren sind oftmals nur ein – wenngleich wesentliches – behandlungsbedürftiges „Symptom“.

Die (Fach)-Öffentlichkeit ist in den letzten Jahren zunehmend auf das Problem aufmerksam geworden, was sich in steigenden Anmeldezahlen und in verstärkter Nachfrage nach Fachberatung für Einrichtungen der Jugendhilfe manifestiert.

Stark verändert hat sich seit Beginn der Arbeit die Altersstruktur der angemeldeten Kinder und Jugendlichen: Während in den neunziger Jahren vorwiegend Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren nach sexuellen Übergriffen angemeldet wurden, gibt es inzwischen zahlreiche Anmeldungen von Kindern unter 14, die durch zum Teil massive sexuelle Übergriffe gegenüber deutlich jüngeren und/oder schwächeren Kindern aufgefallen sind.

Diese Entwicklungen nehmen wir zum Anlass, diesen Arbeitsbereich detaillierter vorzustellen.



## 1. Vor der Diagnostik

Bevor das Kind oder der Jugendliche zur Diagnostik vorgestellt werden, sollten möglichst umfassende Informationen über die ihm vorgeworfenen Übergriffe vorliegen. Hilfreich ist die polizeiliche, möglichst umfassende Aussage des Opfers oder möglicher Zeugen. Da viele übergriffige Jugendliche die Delikte nicht sofort in vollem Umfang einräumen, ist die Opferaussage zur ersten Einschätzung des Übergriffs und des Verhalten des Jugendlichen von großer Bedeutung.

Umfassende Informationen über die vergangene und aktuelle Lebenssituation des Jugendlichen sowie seine zukünftige Perspektive sollten ebenso vorliegen wie ggf. medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbefunde sowie evtl. Berichte der Jugendhilfe.

Ebenfalls sollte vor Beginn der Diagnostik ggf. der Stand des Ermittlungsverfahrens, das Vorliegen von Gerichtsurteilen und evtl. –auflagen geklärt sein.

In einem Vorgespräch mit dem Jugendlichen, den Sorgeberechtigten und dem zuständigen Jugendamt werden alle Beteiligten über Ziele und Ablauf der Diagnostik informiert und es werden Absprachen über die Rahmenbedingungen, die Begleitung des Jugendlichen und die Mitarbeit der betreuenden Erwachsenen getroffen. Diese müssen besonders klar festgelegt werden, denn in der Regel sind übergriffige Jugendliche kaum motiviert, sich in Behandlung zu begeben. Eine diagnostische Arbeit ist deshalb häufig auf externen „Druck“ in Form von gerichtlichen Auflagen, Weisungen durch das Jugendamt o.ä. angewiesen.

## 2. Diagnostik

Die psychologische Diagnostik umfasst meist ca. 10-12 Einzeltermine mit dem Jugendlichen sowie Eltern- und Familiengespräche. Es wird eine allgemeine psychologische Diagnostik durchgeführt: Dazu gehören eine ausführliche biographische und Sozialanamnese, Persönlichkeits- und Intelligenzdiagnostik, eine Erhebung der Bindungs- und Beziehungsgeschichte, evtl. eigene Misshandlungs-, Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen, eine Sexualanamnese und die Klärung der aktuellen Lebenssituation, der schulischen und beruflichen Perspektiven, der Ressourcen und Konfliktbewältigungsstrategien des Jugendlichen.

Die spezifische deliktbezogene Diagnostik besteht aus einer genauen Exploration des Jugendlichen zu den Übergriffen: Der Charakter der Übergriffe, die der Tat vorausgehenden Phantasien und auslösenden Situationen, Strategien der Opferausswahl, -manipulation und -bedrohung, evtl. angewendete Gewalt und sexuelle Praktiken werden möglichst genau erfragt. Der Umgang des Jugendlichen mit dem Übergriff, Schuld- und Schamgefühle, Unrechtsbewusstsein, Verleugnung und Bagatellisierung werden exploriert. Besonders intensiv werden die mit sexuellen Übergriffen oftmals einhergehenden kognitiven Verzerrungen („das Kind hat es ja auch gewollt“, „es hat uns beiden Spaß gemacht“, „eigentlich wollte ich gar nicht, aber das Kind hat mich dazu gebracht“ etc.) erfragt. Weiterhin wird die Fähigkeit des Jugendlichen, sich auf einen therapeutischen Kontakt einzulassen, in der Diagnosephase überprüft.

Mit den Eltern (oder professionellen Bezugspersonen) wird deren Haltung zu den



Übergriffen des Jugendlichen besprochen: Hilflosigkeit, Bagatellisierung oder Dramatisierung der Tat sind häufige Reaktionsweisen auf sexuelle Übergriffe. Die Bereitschaft zur Mitarbeit der Bezugspersonen in der Therapie, die Fähigkeit und Möglichkeit der Bezugspersonen, im pädagogischen Alltag das Verhalten des Jugendlichen anzusprechen und ggf. zu kontrollieren werden überprüft. Der Verlauf der weiteren therapeutischen Arbeit hängt sehr maßgeblich von den familiären oder pädagogischen Bezügen ab, in denen der Jugendliche lebt, deshalb müssen die verantwortlichen Erwachsenen von Anfang an intensiv in die diagnostische Arbeit einbezogen werden.

Ziel des diagnostischen Prozesses ist eine erste Einschätzung der Übergriffe des Jugendlichen sowohl im Hinblick auf eine mögliche Rückfallgefährdung als auch auf ihren Stellenwert in der Biographie des Jugendlichen. Auch eine erste Einschätzung des Bezugssystems und seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten, den Jugendlichen – auch und gerade im Umgang mit dieser speziellen Problematik - pädagogisch zu begleiten und zu unterstützen.

Abhängig von den Ergebnissen der Diagnostik wird eine möglichst klare Empfehlung für den Jugendlichen und seine Familie/sein Bezugssystem ausgesprochen: Ambulante oder stationäre deliktbezogene Psychotherapie, weitere Jugendhilfemaßnahmen und ggf. auch strafrechtliche Schritte oder psychiatrische Behandlung.

Die Empfehlungen werden mit dem Jugendlichen, den Sorgeberechtigten und dem zuständigen Jugendamt ausführlich besprochen.

### **3. Spezifische ambulante Psychotherapie**

Wird der Jugendliche nach abgeschlossener Diagnostik zur ambulanten Psychotherapie in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz angemeldet, wird er normalerweise in eine halboffene, möglichst alters- und entwicklungs-homogene Gruppe mit 4-6 Jugendlichen aufgenommen. Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Gruppe sind: Ein (Teil)geständnis, die Fähigkeit, in einer sozialen Gruppe zu agieren, eine wenigstens ansatzweise feststellbare Therapiemotivation und ein stabiler unterstützender familiärer oder pädagogischer Rahmen. Auch muss eine hinreichende Kontrolle des Jugendlichen insofern gewährleistet sein, dass das Risiko, weitere Übergriffe während der Therapie zu begehen, möglichst klein ist. Nicht teilnehmen können Jugendliche, die suizidal sind, die suchtkrank oder psychotisch sind sowie Jugendliche ohne einen stabilen und verlässlichen pädagogischen Rahmen.

Die Gruppe findet einmal wöchentlich statt, die Termine sind einstündig, die übliche Therapiedauer liegt bei 1,5 bis zwei Jahren. Die Gruppe wird von zwei Therapeuten (möglichst gemischtgeschlechtlich) geleitet. Die regelmäßige Teilnahme an der Gruppe ist verpflichtend.

Der halboffene Charakter der Gruppe bringt es mit sich, dass dort Jugendliche, die noch kaum über die Übergriffe gesprochen haben auf andere Jugendliche treffen, die bereits weiter fortgeschritten sind in der Reflektion ihres übergriffigen Verhaltens. Diese fungieren einerseits als Modell für die „Neuen“ im Hinblick auf den Umgang mit Scham, Verleugnung, Sprachlosigkeit u.ä. Andererseits kennen sie die vielfältigen Mechanismen der



Manipulation und der kognitiven Verzerrungen und lassen sich davon wenig beeindrucken. Der deliktorientierte Charakter der Gruppe ermöglicht von Anfang an einen offenen Umgang mit der oft brisanten Thematik. Ein Schwerpunkt der Gruppenarbeit ist die intensive Auseinandersetzung mit dem Misshandlungsverhalten. Wichtiges Element ist die Erarbeitung des „Täterkreislaufs“ jedes einzelnen Gruppenmitglieds (s. Grafik), der folgende Elemente enthält:



- Sexuelle Phantasien, die der Tat vorausgehen und in denen der Übergriff „mental“ vorbereitet wird
- Opferauswahl und Strategien des „Grooming“, d.h. der Annäherung an das Opfer und dessen Umfeld, des sich gefügig machen des Opfers
- der Ablauf der Tat, die Manipulation und / oder Einschüchterung des Opfers, ggf. die Anwendung von Gewalt, die ausgeübten Sexualpraktiken, die Bedrohungen oder Manipulationen des Opfers, um nicht verraten oder entdeckt zu werden.
- die nach der Tat einsetzende Angst, entdeckt oder verraten zu werden, ggf. die Schuld- und Schamgefühle nach dem Über-

griff, evtl. der Vorsatz, nicht wieder zu misshandeln

- der erneute Spannungsaufbau, die Frustrationserlebnisse und Erfahrungen, die erneut Misshandlungsphantasien einleiten. Häufig geht Misshandlungsverhalten einher mit narzisstischen Kränkungen, Ohnmachts- und Demütigungserfahrungen, die durch sexuelle Übergriffe gegenüber schwächeren kompensiert werden. Sexualität verbindet sich mit Dominanz- und Machtgefühlen, oft ist das Selbstwertgefühl schwach.

In der Arbeit an jedem Element des Täterkreislaufs spielen die verzerrten Kognitionen, die Gedanken und Gefühle des Jugendlichen eine zentrale Rolle.

Therapieziele sind: eine eindeutige und klare Verantwortungsübernahme für die Tat, die Korrektur der verleugnenden, bagatellisierenden tatbegleitenden Gedanken, die Sensibilisierung für Risikosituationen und die Reflektionen des eigenen Umgangs mit Frustrationen und Kränkungen. Das Erkennen und angemessene Reagieren auf Gefährdungssituationen, das Erkennen und konstruktive Nutzen eigener Ressourcen, die Erarbeitung von Kontrollmechanismen und Verhaltensalternativen im Hinblick auf alle Elemente des Misshandlungszyklus ist Ziel dieser Arbeit. Ebenfalls sollen Strategien zum Aufbau alters angemessener Beziehungen und Sexualkontakte erarbeitet werden, die oft kaum oder nur rudimentär vorhanden sind.

Die Fähigkeit, über das eigene problematische Verhalten zu sprechen und sich in zukünftigen Risikosituationen Hilfe zu holen, wird in der Gruppe und in den begleitenden Gesprächen mit den Eltern/Erziehern geübt.



Parallel zur Jugendlichengruppe nehmen die Eltern oder Erziehungsverantwortlichen an einer ebenfalls regelmäßig, aber in größeren Abständen stattfindenden Elterngruppe teil, die von einem oder zwei Therapeuten geleitet wird. Die regelmäßige Teilnahme an dieser Gruppe ist für die Eltern bzw. Bezugspersonen verpflichtend.

In der Gruppe wird das Misshandlungsgeschehen reflektiert, ein Schwerpunkt liegt auf der Klärung der Haltung zu dem Jugendlichen und den Übergriffen: Häufig schwanken Eltern und Erziehende zwischen einer leugnenden, bagatellisierenden Haltung und einer Dramatisierung der Handlungen. Beide Haltungen sind wenig hilfreich für die Jugendlichen. Eine persönlich wert schätzende erzieherische Grundhaltung bei gleichzeitig unmissverständlicher Ablehnung der sexuellen Übergriffe und die Bereitschaft, ggf. auch intensive Kontrolle im Alltag auszuüben, sind wichtige Voraussetzungen für eine Änderung des problematischen Verhaltens. Auch der Umgang mit den Übergriffen ggü. Schule, Nachbarn, Freunden und Bekannten, eigene Scham- und Versagensgefühle der Eltern/Erzieher werden immer wieder thematisiert. Signale für Risikosituationen, in denen der Jugendliche besonders gefährdet ist, erneut übergriffig zu werden, müssen erkannt und die Reaktionsweisen der Erwachsenen darauf reflektiert werden. Häufig ist es schwierig, das heikle Thema Sexualität ggü. Jugendlichen anzusprechen, den richtigen Moment und die richtige Sprache zu finden. Die Balance zwischen dem nachvollziehbaren Wunsch nach „Normalität“ und dem Gewähren alters entsprechender Freiräume einerseits und der berechtigten Skepsis und der notwendigen Kontrolle andererseits ist häufig ein Drahtseilakt. Das

Zusammentreffen mit anderen Eltern/Erziehenden, die mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind, ermöglicht einen offenen Austausch und gegenseitige Unterstützung, eine Stigmatisierung ist nicht zu befürchten. Für die Jugendlichen ist die Teilnahme der Eltern an der Gruppe oft ein wichtiges Signal, dass ihr übergriffiges Verhalten auch im Alltag nicht „vergessen“ ist und dass die Erziehenden bereit sind, sich damit zu beschäftigen und die Therapie zu unterstützen.

Ziel der Arbeit mit den Eltern ist es, ihnen größere Sicherheit im Umgang mit dem Jugendlichen und seinem problematischen Verhalten zu geben, zu lernen, das Thema auch im Alltag anzusprechen, Signale für Risikosituationen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Dazu gehört sowohl das Erkennen positiver Ressourcen des Jugendlichen als auch eigener Grenzen, wenn z.B. ein Verbleib des Jugendlichen in der Familie oder in einer Heimeinrichtung mit zu großen Belastungen für andere Familienmitglieder/ Mitbewohner verbunden ist.

In regelmäßigen gemeinsamen Gesprächen mit dem Jugendlichen (und den Gruppentherapeuten) und den Eltern/Erziehenden wird der Therapieverlauf besprochen, gegenseitige Fragen und Wünsche können hier besprochen werden.

Stellt sich während der Therapie heraus, dass der Jugendliche und/oder die Eltern/Erziehenden nicht vereinbarungsgemäß an den Gruppen teilnehmen oder inhaltlich nicht mitarbeiten, wird versucht, die Ursache für die mangelnde Mitarbeit zu klären. Ggf. wird der Jugendliche aus der Behandlung entlassen, möglichst mit einer Empfehlung für weitere Hilfen.



#### 4. Entlassung

Steht die Entlassung eines Jugendlichen aus der Gruppe bevor, wird in einem Hilfeplangespräch oder einer Fallkonferenz umfassend über den Therapieverlauf, die Fortschritte, die Risikoeinschätzung und die Prognose im Hinblick auf die Rückfallgefährdung berichtet. Ein ausführlicher schriftlicher Bericht wird erstellt, der im Falle einer gerichtlichen Auflage dem Gericht zugesandt wird.

Wichtiger Teil des Entlassungsgesprächs ist die Planung weiterer therapeutischer und/oder pädagogischer Hilfen, wenn diese erforderlich sind. Häufig wird der Jugendliche nach Entlassung aus der Gruppe in größeren Zeitabständen in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz betreut, eine Nachuntersuchung erfolgt immer nach sechs Monaten.

#### 5. Spezifische Probleme

Die diagnostische und therapeutische Arbeit mit sexuell übergriffigen Jugendlichen beinhaltet einige spezifische Herausforderungen: Sie erfordert neben einem breiten klinischen Grundwissen besondere Fachkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung und Behandlung sexueller Devianz, die Therapiemotivation ist gering, entsprechend hoch muss die Frustrationstoleranz der Therapeuten sein, sie müssen einen „langen Atem“ haben. Die Fähigkeit, den Jugendlichen empathisch und wertschätzend zu begegnen bei gleichzeitig klarer Ablehnung der Delikte, ist unerlässlich, um mit dieser Klientengruppe zu arbeiten.

Auch die sorgfältigsten Prognosen sind immer mit einem Restrisiko verbunden, zukünftige Entwicklungen sind nie sicher

vorhersehbar. Gerade im sensiblen Bereich der sexuellen Kindesmisshandlung werden bei Fehlprognosen oft schnell Schuldige gesucht – manchmal auch Therapeuten.

#### 6. Wirksamkeit der Therapie

Es ist problematisch, präzise Aussagen über die Wirksamkeit der Behandlung zu machen. Eine wissenschaftlich exakte Untersuchung müsste eine Gruppe von sexuell übergriffigen Jugendlichen, die therapeutisch behandelt worden sind mit einer Gruppe vergleichen, die sexuelle Übergriffe verübt hat, aber keine Behandlung erfahren hat. Das würde bedeuten, dass man einem Teil von Jugendlichen ein Behandlungsangebot vorenthält, was ethisch nicht vertretbar wäre. Insofern muss zur Beurteilung des Behandlungserfolgs auf vorliegende Studien zurückgegriffen werden, die die Wirksamkeit delikt spezifischer Therapien, die mit ähnlichen Konzepten arbeiten wie die Ärztliche Kinderschutzambulanz untersucht haben. Zentrales Kriterium für den Behandlungserfolg stellt die Reduktion einschlägiger Rückfälle dar. Hier ist insbesondere die Katamnesestudie zum Forschungsprojekt „Erzieherische Hilfen für jugendliche Sexual(straf)täter“ zu nennen, in der die Entwicklung übergriffiger Jugendlicher, die ein ähnliches Therapieprogramm durchlaufen haben verglichen wird mit der Entwicklung von Therapieabbrechern (vgl. Nowara & Pierschke 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass ein deutlich geringerer Anteil der behandelten Jugendlichen einschlägig rückfällig wurde als die Therapieabbrecher (1,8% ggb. 14,3%).

Darüber hinaus sind andere Parameter, wie z.B. die Verbesserung der sozialen Kompe-





tenzen, die Aufnahme und die Gestaltung alters entsprechender Beziehungen und Sexualkontakte, beruflicher und schulischer Erfolg und die Stabilisierung des Selbstwertgefühls wichtige Kriterien für einen Behandlungserfolg, da Verbesserungen in diesen Bereichen die Gefahr erneuter Übergriffe reduzieren.

## 7. Ausblick

Die spezifische deliktorientierte Diagnostik und Therapie sexuell übergriffiger Kinder und Jugendlicher ist seit Jahren fester Bestandteil des Angebots der Ärztlichen Kinderschutzambulanz. Die steigenden, bzw. gleich bleibend hohen Anmeldezahlen legen nahe, dass dieser Arbeitsbereich auch zukünftig einen hohen Stellenwert haben wird. Eine besondere therapeutische Anforderung stellen intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche dar, die sexuelle Übergriffe begehen. Diese Jugendlichen sind häufig kaum oder nicht in laufende Therapiegruppen zu integrieren. Andere diagnostische, therapeutische und psychoedukative Zugangswege und Methoden sind erforderlich. Die Ärztliche Kinderschutzambulanz ist aufgrund der hohen Auslastung aktuell nicht in der Lage, der zunehmenden Nachfrage auf diesem Gebiet gerecht zu werden. In Anbetracht der Brisanz der Problematik sehen wir die dringende Notwendigkeit, für diese Kinder und Jugendlichen ein spezifisches diagnostisches und therapeutisches Angebot zu entwickeln und umzusetzen und bemühen uns aktuell um die dazu erforderliche Ausweitung der personellen Ressourcen.

Stephanie Kersting  
Dezember 2009