

Klientenorientierte Therapiekonzepte – eine ethische Forderung an systemische Therapeutinnen und Therapeuten?¹

(Erstveröffentlichung 2001 in KONTEXT 32/2, S. 97–107)

Zusammenfassung: Die Trennung von Verantwortungsbereichen und die Klärung von Anlaß, Anliegen und Auftrag sind basale Elemente Systemischer Therapie. Ihre Anwendung kann aber dazu führen, daß große Personengruppen, die von sich aus nicht um therapeutische Hilfe ersuchen, von Therapie ausgeschlossen werden. Dieser Konflikt ist nur dadurch zu überwinden, daß variable, klientenorientierte Therapiekonzepte entwickelt werden, die die Besonderheiten bestimmter Klientengruppen berücksichtigen, ohne systemische Grundsätze aufzugeben. Dafür Verantwortung zu übernehmen, erscheint als eine ethische Forderung an systemische Therapeutinnen und Therapeuten. Wie dies geschehen kann, wird beispielhaft an dem Viersener Therapiekonzept für die Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter dargestellt.

MANCHE KLIENTEN VERHALTEN SICH ANDERS, ALS DIE SYSTEMISCHE PRAXEOLOGIE ES VON IHNEN ERWARTET

Eine der wichtigsten Errungenschaften im Verlauf der Entwicklung der Systemischen Therapie ist die Überzeugung von der Notwendigkeit einer klaren Trennung von Verantwortungsbereichen: hier die Verantwortung der Klientinnen oder der Klientengruppe, z. B. der Familie, für ihr eigenes psychisches Wohlergehen und dort die Verantwortung der Therapeutinnen für die optimale Gestaltung ihres therapeutischen Angebots. Hieraus entwickelte sich das Kundenmodell der Systemischen Therapie und damit ein Bewußtsein für die Notwendigkeit, Anlaß, Anliegen und therapeutischen Auftrag sorgfältig zu klären sowie als Voraussetzung für therapeutisches Handeln konkrete Zielabsprachen zu erarbeiten, die die Veränderungswünsche der Kunden formulieren.

Diese Trennung der Verantwortungsbereiche erwächst aus einem Respekt vor der Autonomie und Selbstbestimmung des Klientensystems und bewahrt die systemische Therapeutin davor, Verantwortung für ihre Klienten zu übernehmen. Sie hat aber auch bewirkt, daß sehr viele Klienten – man kann natürlich sagen: aus eigenem Desinteresse und damit eigener Schuld – keinen Zugang zu Systemischer Therapie erhalten. Das hat zu dem Vorwurf geführt, systemische Therapeuten würden es sich allzu bequem machen und die Klienten von Therapie ausschließen, die nicht bereit oder in der Lage sind, überhaupt oder in ausreichendem Maße Verantwortung für sich und das eigene Verhalten zu übernehmen.

Die Zahl der Personen, die von Therapien profitieren könnten, wenn es denn überhaupt zu einer therapeutischen Beziehung kommen würde, ist groß. Da sind einmal diejenigen, die aus eigener Initiative erst gar nicht um Therapie nachsuchen. Ich denke dabei an den großen Kreis derer, die ein andere schädigendes Verhalten zeigen (z. B. aggressiv ausagierende Kinder, Jugendliche und Erwachsene), an die zahlreichen psychisch als gesund deklarierten Insassen von Haftanstalten oder aber an die als psychisch krank bezeichneten, in forensischen Kliniken untergebrachten Straftäter, aber auch an Eltern, die ihre Kinder in unterschiedlichster Weise mißhandeln. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang zudem

1 Leicht überarbeitete Fassung eines Vortrags während der DAF-Jahrestagung im September 2000 in Berlin.

noch zahlreiche Personen, die sich in erheblichem Maße selbst schädigen, sei es durch suizidales Verhalten, durch selbstverletzendes (z. B. bei Mädchen nach sexuellen Mißhandlungen) oder aber durch selbstzerstörerisches (z.B. anorektisches und bulimisches) Verhalten, die aber zunächst einmal kein Problembewußtsein erkennen lassen und deshalb von sich aus keine Therapeutin aufsuchen.

Hinzu zu zählen sind aber auch die Klienten, die sich zwar auf eine Therapie einlassen, jedoch eine eher passive, wenig engagierte Haltung zeigen. Hier handelt es sich beispielsweise um Eltern, die nach langen vergeblichen Bemühungen, ihre Kinder positiv zu beeinflussen, nur noch wenig Hoffnung und kaum eine positive Erwartung in die therapeutische Arbeit einbringen, aber auch um sonstige Klientinnen und Klienten, die im Verlauf einer zumeist langen Problemgeschichte eine vorwiegend resignierende, passive Haltung entwickelt haben.

Während systemische Sozialarbeiterinnen sich aus ihrem beruflichen Selbstverständnis und zumeist auch aus ihren institutionellen Kontexten heraus sehr viel selbstverständlicher mit dieser Klientel auseinandersetzen (s. Lüssi 1991; Staub-Bernasconi 1995; Schwabe 2000; Hargens et al. 2000), ist der Vorwurf, systemische Therapeutinnen würden aus ihrer Wertschätzung der Eigenverantwortung der Klientinnen und aus ihrer Auftragsorientierung heraus für die genannten Personengruppen wenig passende Angebote machen, nicht von der Hand zu weisen und meines Erachtens ernst zu nehmen. Wir sollten deshalb darüber nachdenken, ob therapeutische Angebote auch für diese Menschen denkbar wären, ohne die oben genannten systemischen Prinzipien aufzugeben. Diese Frage erscheint mir um so wichtiger, als ich durchaus nicht ganz frei bin von solchen Ideen, daß unsere Gesellschaft derzeit auf gutem Wege ist, eine Nachfolgeneration heranzuziehen, deren Stärke nicht gerade eine auf andere bezogene Selbstverantwortung ist.

Und ist die Zentrierung auf die Selbstverantwortung der einzelnen Klienten nicht auch eine sehr individualistische, wenig systemorientierte Sichtweise? Könnte es nicht gerade Aufgabe von systemischen Therapeutinnen und geradezu eine ethische Forderung an sie sein, für solche Klientinnen, wie ich sie eben beschrieben habe, therapeutische Vorgehensweisen und variable Therapiekonzepte zu entwickeln, beispielsweise auch die Kontextbedingungen für die eigene Arbeit so zu gestalten, daß Systemische Therapie für einen Großteil dieser Klientel doch möglich wird?

Ich möchte diese Frage eindeutig bejahen, wobei ich mir bewußt bin, daß dies in vielen Fällen die Bereitschaft voraussetzt, in einen therapeutischen Prozeß auch pädagogische Elemente zu integrieren. Hierzu möchte ich zunächst einige grundsätzliche Ausführungen machen und anschließend ein – unserer Einschätzung nach sehr erfolgreiches – Modell der Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter vorstellen, d. h. ein systemisches Modell der Behandlung von Personen, die so gut wie niemals aus eigenem Antrieb zur Therapie kommen, andererseits aber, ohne Therapie zu erfahren, eine für die Gesellschaft gefährliche Personengruppe darstellen.

KLIENTENORIENTIERTES HANDELN UND GESTALTEN VON THERAPIEKONZEPTEN

Um nicht mißverstanden werden: Ich bin der Letzte, der dafür plädieren würde, die genannten Errungenschaften aufzugeben: die Überzeugung von der Notwendigkeit einer klaren Trennung von Verantwortungsbereichen, einer Klärung von Anlaß, Anliegen und therapeutischem Auftrag sowie der Erarbei-

tung konkreter Zielabsprachen als erste Voraussetzung für therapeutisches Handeln. Hinzu tritt als Weiteres die Information seitens der Therapeutinnen über mögliche, negativ zu bewertende Folgen der therapeutischen Interaktion als Grundlage für eine informierte Zustimmung der Klienten.

Aber die Realität sieht ja bekanntermaßen häufig anders aus, als der systemische Therapeut sie sich wünscht. Manche Klientinnen haben – um das obige Beispiel aufzugreifen – aus Gründen, die im Verlauf einer Therapie, wenn sie denn zustande kommt, meist leicht verständlich werden, jede Hoffnung auf eine positive Wende verloren mit der Folge von Passivität und geringer Bereitschaft, Verantwortung für sich oder z. B. für ihre Kinder zu übernehmen (Pleyer 2001). Versteht sich die Therapeutin in einem solchen Fall konsequent lediglich als Anbieterin einer Dienstleistung, die die Klientin wahrnehmen kann oder eben auch nicht, so wird in vielen Fällen ein therapeutischer Prozeß gar nicht zustande kommen.

Ein anderes Beispiel: Die Erweiterung des Kontextes in der Systemischen Therapie hat deutlich werden lassen, wie viele unterschiedliche Auftraggeber häufig im Spiel sind, sowohl auf Seiten der Klienten und ihres Kontextes als auch auf Seiten der Therapeuten. Allein schon wenn Eltern mit ihrem Kind zur Therapie kommen, stellt die Auftragsklärung und die Erarbeitung eines informed consent hohe Anforderungen. Nehmen wir zwecks Vereinfachung an, die Eltern selbst seien bezüglich Zielformulierung und Zustimmung untereinander einig, so ist das Kind – insbesondere wenn es sich um stationäre Aufnahmen in der Jugendhilfe oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie handelt – noch lange nicht Kunde im Sinne von Steve de Shazer; es nimmt häufig eher eine abwartende Haltung ein, wenn es nicht sogar deutliche Abwehr und Widerstand zeigt. Sollen dann gemeinsame Aufträge und eine informierte Zustimmung aller Beteiligten im Vorfeld der Aufnahme vereinbart werden, braucht dies Zeit und intensive Arbeit (Derichs u. Höger 2001). Die ist aber vielfach unter dem Druck der je aktuellen Situation – z. B. in Fällen akuter Aufnahmeindikation bei suizidalen Handlungen, selbstverletzendem Verhalten – nicht gegeben, so daß schon an diesem Punkt konzeptuelle Modelle gefordert sind beispielsweise in der Art, daß zeitlich begrenzte Kontrollmaßnahmen (z. B. eine Kurzaufnahme zur Krisenintervention) von therapeutischen Maßnahmen deutlich getrennt werden.

Trotz allem Bemühen wird es aber auch bei Aufnahmen für eine längere Therapie immer wieder Konstellationen geben, in denen es nicht gelingt, die Zustimmung des Kindes zu Beginn des Aufenthalts zu gewinnen. Damit ist es zunächst nur möglich, einen primär pädagogischen Rahmen zu gestalten, innerhalb dessen dann in unterschiedlicher Zeit in den meisten Fällen ein therapeutischer Auftrag auch vom Kind zu erhalten ist. In ähnlicher Weise gilt dies für Zwangskontexte in der Erwachsenenpsychiatrie, im Maßregelvollzug oder in Justizvollzugsanstalten, die mit Klienten zu tun haben, die nicht von sich aus um Therapie ersuchen. Und schließlich gibt es auch andere große Gruppen von Personen – ich nenne hier beispielsweise das Stichwort Multiproblemfamilien –, die unerreicht bleiben, wenn man nicht spezielle Konzepte für sie entwickelt, wie das beispielsweise Marie Luise Conen (u. a. 1996) mit ihren Beiträgen zur aufsuchenden Familienarbeit getan hat (Großmann 2001).

Ich denke, daß wir nicht die oben skizzierten systemischen Grundsätze in Frage stellen sollten, daß wir aber über die Verantwortung der Therapeuten und Therapeutinnen für ihr therapeutisches Angebot näher nachdenken müssen. Meine Frage lautet zum Beispiel im Fall der resignativen Klientin: Wie viel Direktivität ist gestattet, und wo überschreite ich andererseits die Grenze zu ihrem Verantwortungsbereich, die ich unbedingt wahren sollte? Kann ich – oder muß ich gar – die therapeutische Maßnahme

„verordnen“ (das heißt: formuliere ich sehr klar, daß ich sie für erforderlich und wahrscheinlich nützlich halte) und die Frequenz der nächsten Therapiegespräche festsetzen? Wie kompromißlos kann – oder muß – ich sie anhalten, bestimmte Handlungen durchzuführen? Darf ich die Tatsache (aus)nutzen, daß eine solche Klientin vielfach schlicht danach sucht, ein Stück an die Hand genommen zu werden, und deshalb sehr dankbar ist für die Direktivität des Therapeuten? Ich meine, daß hier Diskussionsbedarf besteht.

Wenn ich zudem von anderen Klientinnen und Klienten spreche, die von sich aus erst gar nicht um Therapie ersuchen, so tue ich dies bewußt, um den Begriff der Freiwilligkeit im Hinblick auf Therapie zu vermeiden. Denn die Idee, Therapie setze Freiwilligkeit voraus, ist vielleicht eines der größten Hindernisse zur Entwicklung variabler Therapiekonzepte. Zudem ist sie meines Erachtens unzutreffend. Im Gegenteil: Ich möchte behaupten, daß Unfreiwilligkeit konstituierendes Element von Therapie ist. Freiwillige kommen zu Selbsterfahrungsstunden, -tagen oder -wochenenden – es sei denn, sie würden im Verlauf ihrer Therapieausbildung dazu gezwungen. Zur Therapie kommt man jedoch durch einen selbst erlebten oder aber durch einen von anderen Personen ausgeübten Veränderungsdruck gedrängt – anders ausgedrückt: durch einen primären, originär selbst erlebten oder einen sekundären, durch andere veranlaßten Leidensdruck – und damit bestenfalls bedingt freiwillig. Das ist gängige, wenn auch nicht immer deutlich in Erscheinung tretende Praxis.

Dies zu erkennen, gibt aber auch zugleich den entscheidenden Hinweis darauf, wie wir unser therapeutisches Angebot konzipieren müssen für Personen, die nicht von sich aus um Therapie ersuchen: Erlebt nämlich eine Person nicht selbst einen ausreichend großen Veränderungsdruck, um eine Therapie einzugehen und durchzustehen, und ist die Notwendigkeit einer therapeutisch zu unterstützenden Verhaltensänderung nicht von der Hand zu weisen und auch im Sinne der generellen Ziele der Klientinnen, dann ist es sinnvoll und erforderlich, nach einer Person oder Institution Ausschau zu halten, die diese Aufgabe leistet, anders ausgedrückt: die Verantwortung übernimmt. Hier liegt der große Vorteil der Systemischen Therapie, die ihren Blick nicht auf den einzelnen Klienten einengt, sondern den Kontext mit beachtet. Sie kann der einfachen systemischen Regel folgen: Erweitere das therapeutische System so weit, bis es einen Verantwortungsträger einschließt (Rotthaus 1986, 1990)! Das bedeutet konkret: Ü-bernimmt der einzelne nicht Verantwortung für sein Verhalten, kann dies z. B. der Partner oder die Familie tun, die Bedingungen für ein weiteres Zusammenleben stellen. Entsprechendes können Eltern ihrem Kind gegenüber tun oder aber das Jugendamt gegenüber Eltern, die in seinen Augen ihre elterliche Sorge nicht in angemessener Weise wahrnehmen.

Derartiger, von außen kommender Veränderungsdruck ist solange ein guter Rahmen für Therapie, solange die Klientin/der Klient oder das Klientensystem Gelegenheit bekommt, die Zielformulierung des Auftraggebers bzw. Verantwortungsträgers mit den eigenen Zielvorstellungen abzustimmen und dann – nach hinreichender Information über unerwünschte Wirkungen der Therapie ebenso wie über die unerwünschten Wirkungen der Ablehnung von Therapie – die Möglichkeit der Informierten Zustimmung oder eben auch der Nicht-Zustimmung bleibt, letzteres bei Akzeptanz der vorher formulierten Folgen.

Mir erscheint es nun als ethische Forderung an systemische Therapeutinnen und Therapeuten, Rahmenkonzepte für Therapie, die diese Bedingungen erfüllen, für solche Personen zu entwickeln, die nicht von sich aus um Therapie ersuchen. Ist dieser Schritt getan, müssen sie Personen aus dem weiteren Kontext der Klienten darüber informieren, durch welches Verhalten sie die notwendigen Bedingungen

schaffen, um die Klienten – und das formuliere ich jetzt absichtlich – in den Genuß von Therapie kommen zu lassen.

DAS VIERESENER KONZEPT DER BEHANDLUNG JUGENDLICHER SEXUALSTRAFTÄTER

Entsprechendes tun wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen, wenn wir von Eltern, Jugendamtsmitarbeitern oder anderen Personen wegen der Therapie schuldfähiger jugendlicher Sexualstraftäter nachgesucht werden (Rotthaus 1998a, Gruber 1999a, b). Wir informieren darüber, daß als Voraussetzung für die Aufnahme eines Jugendlichen in unsere Therapiegruppe zumindest ein Teilgeständnis vorliegen und ein Strafverfahren eingeleitet, in der Regel eine Verurteilung zu einer Jugendstrafe erfolgt sein muß. Diese Jugendstrafe wird dann zur Bewährung ausgesetzt mit der Auflage, daß sich der Jugendliche bei uns aufzuhalten, die Regeln dieser Gruppe einzuhalten und therapeutisch mitzuarbeiten hat. Die Justiz ist damit der Auftraggeber bzw. Verantwortungsträger, der im Verlauf der Therapie durch die Person des Bewährungshelfers vertreten und regelmäßig über den Fortgang des therapeutischen Prozesses informiert wird. In früheren Jahren haben wir auch Eltern als Auftraggeber akzeptiert, haben damit jedoch – übrigens ganz im Gegensatz zu der Situation bei den anderen bei uns behandelten Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden – ausgesprochen schlechte Erfahrungen gemacht: In keinem einzigen Fall im Verlauf von immerhin knapp zehn Jahren haben die Eltern ihre Rolle als Auftraggeber konsequent durchgehalten. In allen Fällen kam es zu einem vorzeitigen Abbruch der auf 1 bis 1 1/2 Jahre konzipierten Behandlung dadurch, daß es zu einer Kollusion der für Sexualstraftäter – und eben auch ihre Familien – typischen Verleugnungstendenzen auf Seiten der Jugendlichen und auf Seiten ihrer Familienangehörigen kam. Seitdem akzeptieren wir nur noch den „starken“ Auftraggeber Justiz, was bedeutet: Rufen Eltern an und wünschen Therapie für ihren Sohn, so fordern wir sie auf, eine Anzeige gegen ihren Sohn zu erstatten und ein Strafverfahren einzuleiten. Dies von Eltern zu verlangen, ist nicht immer leicht. Aber genau das meine ich, wenn ich von der Verantwortung der Therapeutinnen für ihr Therapieangebot spreche: nämlich ein Konzept konsequent zu vertreten, das therapeutisch chancenreich ist.

Unter dieser Rahmensetzung ist dann Therapie mit Jugendlichen nach Vergewaltigungen und Vergewaltigungsversuchen, nach pädophilen Handlungen etc. in einem offenen Haus möglich. Allerdings unterliegen die Jugendlichen massiven Ausgangsbeschränkungen. So ist es ihnen in den ersten Monaten nicht gestattet, ohne Begleitung das Haus zu verlassen; sie werden von Erziehern oder Erzieherinnen zur Schule oder zur Werkstatt wie zum klinikeigenen Freizeitzentrum gebracht und dort auch wieder abgeholt. Dies geschieht jeweils mit dem Hinweis auf die Gefährlichkeit ihrer Handlungen in der Vergangenheit und auf die Notwendigkeit, uns zu überzeugen, daß sie inzwischen Veränderungsschritte geschafft haben, die eine größere Freizügigkeit möglich machen.

Vor der Aufnahme in die Therapiegruppe werden mit den Jugendlichen individuelle Zielvereinbarungen im Rahmen des Gesamtziels „Achtung der sexuellen Selbstbestimmung anderer“ vereinbart, und die Jugendlichen werden ausführlich über die von uns gesetzten Bedingungen aufgeklärt, so daß sie eine Informierte Zustimmung geben können. Selbstverständlich können Jugendliche auch im Lauf des Aufenthalts zu dem Entschluß kommen, die Therapie abubrechen, was aber inzwischen – nachdem wir nur noch den „starken“ Auftraggeber Justiz akzeptieren – nur noch 15 % tun. Weitere 20% verstoßen

während des Aufenthalts gegen die von uns gesetzten Regeln in einem Umfang, daß die Therapie von uns aus vorzeitig beendet wird.

Nun mag man einwenden, daß die rein körperliche Anwesenheit eines Jugendlichen, der den Aufenthalt bei uns zumeist als angenehmer erlebt als den in der Jugendhaftanstalt, noch wenig therapeutischen Nutzen hat. Ich würde antworten: Zumindest stellt sich die Chance auf einen Einstieg in einen therapeutischen Prozeß. Tatsächlich erwarten wir von den Jugendlichen zu Beginn keine Therapiebereitschaft, sondern lediglich die Einhaltung bestimmter Regeln und Rituale. Die Rituale verfolgen in erster Linie das, was als oberstes Prinzip therapeutisch- pädagogischer Arbeit mit Sexualstraftätern zu gelten hat: Offenheit. So muß jeder Jugendliche am Abend des Aufnahmetags vor allen anderen Jugendlichen und auch mit ihrer Unterstützung seine Taten detailliert schildern. Umgekehrt berichten alle schon länger in der Gruppe lebenden Jugendlichen jedes Mal erneut über ihre Straftaten. Sie zeigen damit dem neu Hinzugekommenen, daß es möglich ist, über derartige Dinge zu reden, ohne in Scham zu versinken, und daß sie gelernt haben, ihre Taten als Teil ihrer persönlichen Geschichte zu bekennen. Des weiteren gibt es Gesprächsrunden, in denen die neuen Gruppenmitglieder durch die schon länger Anwesenden peinlich genau zu ihren Delikten befragt werden. Hier geht es u. a. um die Häufigkeit der Delikte und das Ausmaß an Gewaltanwendung und Bedrohung. Die Jugendlichen, die die typischen Abläufe bestens kennen, befragen zumeist schonungsloser und auch kompetenter, als es die Erwachsenen können, so daß in der Regel noch weitere Taten und zusätzliche Einzelheiten von Gewaltanwendung bekannt werden, die vor Gericht nicht zur Sprache kamen. Ein solches Vorgehen ist natürlich nur in einer symptomhomogenen Gruppe möglich. Und so war denn auch unsere Entscheidung vor zehn Jahren, die jugendlichen Sexualstraftäter in einer Gruppe zusammenzufassen, ein ganz entscheidender Schritt zur Steigerung der Effektivität unserer Arbeit (Gruber u. Rotthaus 1999).

Ritualisiert und obligatorisch ist die Teilnahme auch an weiteren Gruppen, so an einer deliktorientierten Tätergruppe, die von dem die Station führenden Psychologen und einer Ärztin geleitet wird. Daneben gibt es die Gruppe „Billy- Boy“, die von den Gruppenbetreuern (Erzieherinnen/Erzieher bzw. Krankenschwestern/ Krankenpfleger) durchgeführt wird und deren thematischer Schwerpunkt mit sexueller Aufklärung und antisexistischer Jungenarbeit umschrieben werden kann. Zwei weitere Gruppen sind ebenfalls obligatorisch: Von einer gruppenübergreifend tätigen Sozialpädagogin wird die sogenannte Jugendkonferenz betreut, in der die Jugendlichen altersorientierte Themen ihres Zusammenlebens besprechen. Hinzu kommt eine Kunsttherapie-Gruppe, in der themenzentriert gearbeitet wird und in der die Jugendlichen angeregt werden, inneres Erleben im bildnerischen Gestalten auszudrücken und anschließend im Kreis der anderen zu reflektieren. Unserer Erfahrung nach wird das Prinzip Offenheit und das Ziel empathische Wahrnehmung des anderen durch Gruppenarbeit in idealer Weise verfolgt. Sie eröffnet die Möglichkeit, die Gefühle der anderen Gruppenmitglieder, die als Reaktion auf die Äußerung eines Jugendlichen entstehen, zu thematisieren. Soziale Bezogenheit von Verhaltensweisen, die sonst geheim und verdeckt ablaufen und deren Reflexion und Offenlegung verboten ist, kann auf diese Weise schnell und effektiv deutlich gemacht werden. Für die anderen Gruppenmitglieder ist in dieser Situation stellvertretendes Lernen möglich. Jeder kann Parallelen zwischen sich und dem Gegenüber ziehen und auf seine Weise verarbeiten.

Bei den Regeln handelt es sich um die genannten Ausgangsbeschränkungen, die immer wieder mit den Taten, derentwegen die Jugendlichen kommen, begründet werden. Natürlich erleben Jugendliche es als

demütigend, wenn sie nur in Begleitung zur Schule oder zur Werkstatt gehen dürfen, insbesondere dann, wenn sie dort – was ja grundsätzlich durchaus erwünscht ist – freundschaftliche Kontakte zu Mädchen aufnehmen. Aber diese Beschränkungen sind die logischen Folgen ihrer Taten, die erst dann gelockert oder aufgehoben werden können, wenn wir überzeugende persönliche Entwicklungsschritte in Richtung auf Selbstverantwortung und Wahrnehmung der Grenzen anderer feststellen.

Wir haben weder Zeit noch Lust, viele einzeltherapeutische Kontakte mit Jugendlichen auszusitzen, die (noch) kein Anliegen haben. Die Jugendlichen werden zu Beginn ihres Aufenthalts darüber informiert, daß sie jederzeit zum leitenden Psychologen gehen und um Einzeltherapie nachsuchen können. Diese Möglichkeit wird in den ersten Monaten jedoch kaum wahrgenommen. Die meisten Jugendlichen entwickeln erst im Laufe von Monaten ein Problemerkennen, nachdem sie unter dem Druck des entsprechend ausgestalteten Kontextes eine Entwicklung in Richtung Selbstwahrnehmung innerer Prozesse und Selbstkontrollüberzeugung gemacht haben. Bei einem von ihnen hat es ganze fünf Monate gedauert, bis er so weit war, daß er zum Therapeuten ging, ein Problem formulierte und darum bat, ihm bei der Lösung dieses Problems zu helfen. Insofern bieten wir keine Zwangstherapie an, die meines Erachtens tatsächlich auch nicht möglich bzw. sinnvoll ist, und ich könnte durchaus mit der Beschreibung übereinstimmen, daß wir zunächst einen eher erzieherischen Kontext gestalten, der bewußt mit bestimmten Elementen ausgestattet wird, die regelhaft dazu führen, daß der Jugendliche nach einiger Zeit um Therapie im engeren Sinne nachsucht (zum Verhältnis Therapie/Erziehung: Ludewig 1987; Rothaus 1990, S. 189 ff; 1998).

Abschließend einige Hinweise auf unsere katamnestic Erhebungen: Insgesamt haben seit 1990, als wir begannen, unser Konzept auf die geschilderte Zielgruppe hin schrittweise zu präzisieren, 85 jugendliche Sexualstraftäter die Therapie bei uns beendet (Stand Ende 2000). In den ersten sechs Jahren, d. h. bis Ende 1996, brachen ca. 45% von ihnen die Behandlung ab oder wurden von uns wegen Regelübertretungen vorzeitig entlassen. In den letzten vier Jahren, in denen wir noch konsequenter auf dem juristischen Rahmen für unsere Arbeit bestanden haben, ist diese Zahl auf 35% zurückgegangen, wobei die Entlassungen unsererseits in etwa konstant blieben, während die Abbrüche seitens der Jugendlichen und ihrer Angehörigen stark zurückgingen. Eine wissenschaftlich fundierte Outcome-Studie über die Jugendlichen, die die Behandlung regulär bis zu einem von uns befürworteten Ende durchliefen, haben wir aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen leider nicht verwirklichen können, jedoch regelmäßige Nachbefragungen durchgeführt. Die Rückmeldungen, die wir über diese Jugendlichen und ihre weitere Entwicklung durch persönliche Gespräche mit den Jugendlichen selbst, durch telefonische Kontakte oder durch Kontakte mit zuständigen Betreuern erhielten, sind als insgesamt sehr positiv zu werten. So erhielten wir lediglich in einem, allerdings sehr dramatischem Fall Kenntnis von einer erneuten Sexualstraftat durch zwei ehemalige Patienten zwei Jahre nach ihrer Entlassung. Von den übrigen 50 Jugendlichen, die die Therapie bis zum Ende durchgehalten haben, sind keine einschlägigen Straftaten mehr bekannt geworden. Insgesamt haben wir den Eindruck gewonnen, daß die Arbeit mit Sexualstraftätern gerade im frühen Stadium ihrer einschlägigen Entwicklung eine erfolgversprechende und dankbare Aufgabe ist. Allerdings ist die psychische Belastung aller pädagogisch-therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesichts der nahezu täglichen Möglichkeit „falscher“ Entscheidungen, nicht zuletzt auch wegen der durch die Boulevard-Medien aufgeheizten Öffentlichkeit gerade gegenüber diesem Täterkreis, nicht hoch genug einzuschätzen.

LITERATUR

- Conen, M.-L. (1996): „Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder los zu werden?“ Aufsuchende Familientherapie mit Multi-Problemfamilien. *Zeitschrift für systemische Therapie* 14: 178–185.
- Derichs, G.; Höger, C. (2001): Informierte Zustimmung: Eine ethische Herausforderung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Großmann, A. (2001): Wenn der Prophet nicht zum Berg kommt ... Familientherapie im aufsuchenden Setting. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Gruber, T. (1999a): Über die Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftätern in einem Zwangskontext. In: Wodtke-Werner, V.; Mähne, U. (Hg.): „Nicht wegschauen!“ Vom Umgang mit Sexual(straf)tätern. Baden-Baden: Nomosverlagsgesellschaft: 139–157.
- Gruber, T. (1999b): Wehret den Anfängen: Ein integratives Konzept zur stationären Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. In: Deegener, G. (Hg.): *Sexuelle und körperliche Gewalt*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 57–80.
- Gruber, T.; Rotthaus, W. (1999): Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 48(6): 341–348.
- Hargens, J.; Richter, A.; Zettler, H. (2000): Sozialarbeit, Psychotherapie, Systemisches Arbeiten. *Kontext* 31: 5–17.
- Ludewig, K. (1987): Therapie und Erziehung - Widerspruch oder Ergänzung? In: Rotthaus, W. (Hg.): *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund: modernes lernen, S. 90–100.
- Lüssi, P. (1991): *Systemische Sozialarbeit*. Bern.
- Pleyer, K.-H. (2001): Systemische Spieltherapie - Kooperationswerkstatt für Eltern und Kinder. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Reiter-Theil, S.; Eich, H.; Reiter, L. (1993): Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42: 14–20.
- Rotthaus, W. (1986): Der systemische Berater oder Therapeut im Spannungsfeld zwischen Familie und anderen beratenden Institutionen. In: Gerlicher, K.; Jungmann, J.; Schweitzer, J. (Hg.): *Dissozialität und Familie*. Dortmund: modernes lernen.
- Rotthaus, W. (1990): *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Rotthaus, W. (1996): Willkür verringern - Versuch einer Ethik des Helfens. *Zeitschrift für systemische Therapie* 14: 263–270.

Rotthaus, W. (1998a): Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt. Ein Plädoyer für variable Therapiekonzepte. In: Wagner, E.; Werdenich, W. (Hg): Forensische Psychotherapie. Wien: Facultas, S. 271–280.

Rotthaus, W. (1998b): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Schwabe, M. (2000): Achtung „Kontext“! – Über einige Schwierigkeiten als systemisch inspirierter Sozialarbeiter in der eigenen Praxis zurecht zu kommen. Kontext 31: 42– 57.

Staub-Bernasconi, S. (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Bern.