

1. Einleitung

Seit dem 2. Juli 2014 wird in Ulm das Präventionsprojekt „Kein Täter werden“, ein therapeutisches Angebot für pädophile (siehe 1.1.1.1.) und hebephile (siehe 1.1.1.2.) Menschen, durchgeführt, damit diese bereits frühzeitig lernen, die eigene sexuelle Präferenz zu kontrollieren und mit ihr zu leben. Ziel des therapeutischen Angebots des Projekts ist es, sexuelle Übergriffe durch Menschen mit Präferenzstörung auf Kinder und Jugendliche zu verhindern. Personen mit pädophiler oder hebephiler sexueller Präferenz haben grundsätzlich ein erhöhtes Risiko, ihre sexuelle Neigung im Laufe der Jahre an nicht einwilligungsfähigen, weil minderjährigen Menschen auszuleben. Wenige, so genannte ausschließlich pädophile Menschen (siehe 1.1.1.3), sind während ihres gesamten Lebens nicht in der Lage, ihre Sexualität sowie ihre Beziehungswünsche befriedigend auszuleben, sondern müssen aufgrund der Präferenz lebenslange Abstinenz praktizieren, um nicht straffällig zu werden.

Beobachtbar war in der Praxis aller Standorte des Präventionsnetzwerks über die Zeit, dass Angehörige der im Projekt „Kein Täter werden“ behandelten PatientInnen zwar überwiegend deutlich emotional betroffen und mitunter stark beeinträchtigt sind, aber nur selten (therapeutisch) mitversorgt werden (wollen). Diese nutzten das teilweise bestehende Angehörigenangebot nicht oder nur in geringem Maße. Da es aufgrund der emotionalen Betroffenheit der Angehörigen überraschte, dass diese ihre Belastung mit sich auszumachen schienen, statt sich trotz des Angebots Hilfe (und Information) zu holen, soll diese Arbeit einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, welche Nöte, aber auch Bedürfnisse und Wünsche Angehörige von pädophilen und/oder hebephilen PatientInnen haben. Weiter soll herausgearbeitet werden, welche Angebote aus subjektiver Sicht hilfreich sind und auf welche Art Angehörige sich an der Therapie der Betroffenen beteiligen würden.

1.1. Das Präventionsprojekt „Kein Täter werden“

Zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen vor Sexualstraftaten sollen in dem, ursprünglich in Berlin entwickelten und zuletzt an 13 weiteren Standorten in Deutschland etablierten Präventionsprojekt, die Möglichkeiten therapeutischer Intervention zur Verhinderung sexueller Übergriffe untersucht werden. Das seit 2005 wachsende und mittlerweile deutschlandweite Netzwerk (Beier, 2018) richtet sich an Menschen mit pädophiler und/oder hebephiler Neigung, gegen die aktuell kein Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren anhängig ist sowie keine Bewährungsaufgaben bestehen, die also zum so genannten Dunkelfeld gehören (siehe 1.1.1.4). Betroffene können unter Wahrung der Anonymität, kostenfrei und unter dem Schutz der (ärztlichen/therapeutischen) Schweigepflicht zunächst eine fundierte diagnostische Einschätzung und anschließend ggf. auch Therapie erhalten, um mit ihrer sexuellen Präferenzbesonderheit umgehen und ihr Verhalten diesbezüglich kontrollieren zu lernen. Auf diesem Weg soll sowohl sexuellen Übergriffen („hands-on“) als auch dem Konsum und der Verbreitung so genannter „kinderpornografischer Schriften“ („hands-off“) vorzeitig entgegengewirkt werden.

Zielpersonen sind die Gruppen der nicht aktuell justizbekannten TäterInnen sowie die der noch nicht übergriffig gewordenen, aber potentiellen „TäterInnen“ (im Folgenden werden beide Gruppen zusammengefasst als „DunkelfeldtäterInnen“). Über eine Medienkampagne (TV-Spots, Flyer, Internetauftritt) werden diese Menschen angesprochen und zur Kontaktaufnahme mit dem jeweils nächstgelegenen Standort des Präventionsprojekts „Kein Täter werden“ motiviert. Alle die Einschlusskriterien erfüllenden Probanden werden nach

eingehender sexualtherapeutischer Exploration und testpsychologischer Diagnostik einer Gruppen- oder Einzeltherapie zugewiesen. Ziel des Projekts ist die Prävention sexueller Übergriffe jeglicher Art sowie die Erhöhung der Lebenszufriedenheit betroffener PatientInnen, welche sich wiederum günstig auf ein Leben ohne Straftaten auswirkt. Die Daten zur Häufigkeit sexueller Übergriffe legen eindeutig nahe, dass der größte Teil von Sexualstraftaten im Dunkelfeld begangen wird (Kuhle, et al., 2021). Zur Verbesserung des Schutzes von Mädchen sowie Jungen vor sexuellem Missbrauch sind daher Maßnahmen erforderlich, die sich auf das Dunkelfeld erstrecken, um die DunkelfeldtäterInnen möglichst vor Begehung von (weiteren) Übergriffen zu erreichen.

Therapeutisch basiert das Vorgehen im Präventionsprojekt auf dem Relapse-Prevention-Ansatz (Marlatt, 1989), welcher durch die Vermittlung von Fähigkeiten der Selbstregulation darauf abzielt, Rückfälle zu verhindern. Außerdem fließt in das therapeutische Konzept der so genannte Good-Lives-Ansatz (Seto, 2018) mit ein, der die Befriedigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse in den Vordergrund stellt und auf diese Weise zur verbesserten Lebenszufriedenheit führt, „was wiederum das Risiko paraphiler Verhaltensweisen reduziert“ (Quendler, Kempf, Schreijäg, & Gündel, 2017). Zuletzt kommt im therapeutischen Arbeiten dem RNR-Prinzip, „Risk-Need-Responsivity“ (Ward, Melser, & Yates, 2007), eine große Bedeutung zu. Hierbei werden Menschen mit einem besonderen Risiko, unerwünschtes Verhalten zu zeigen, fokussiert (Risk). Bei diesen wird das Hauptaugenmerk auf die Befriedigung wichtiger Bedürfnisse gerichtet (Need) und die Behandlung auf eine bestimmte Art und Weise gestaltet, welche die konstruktivste ist (Responsivity).

Bis Ende 2021 fanden, den vom Projekt „Kein Täter werden“ zur Verfügung gestellter internen Daten zufolge, insgesamt 12.068 Kontakte an den bis dahin tätigen Standorten des Projekts statt. Es wurden 4.587 klinische Diagnostiken abgeschlossen, 2.478 Therapieangebote unterbreitet und 1.485 Therapien begonnen, 595 Therapie abgeschlossen sowie 282 Therapien abgebrochen (siehe Abb. 1).

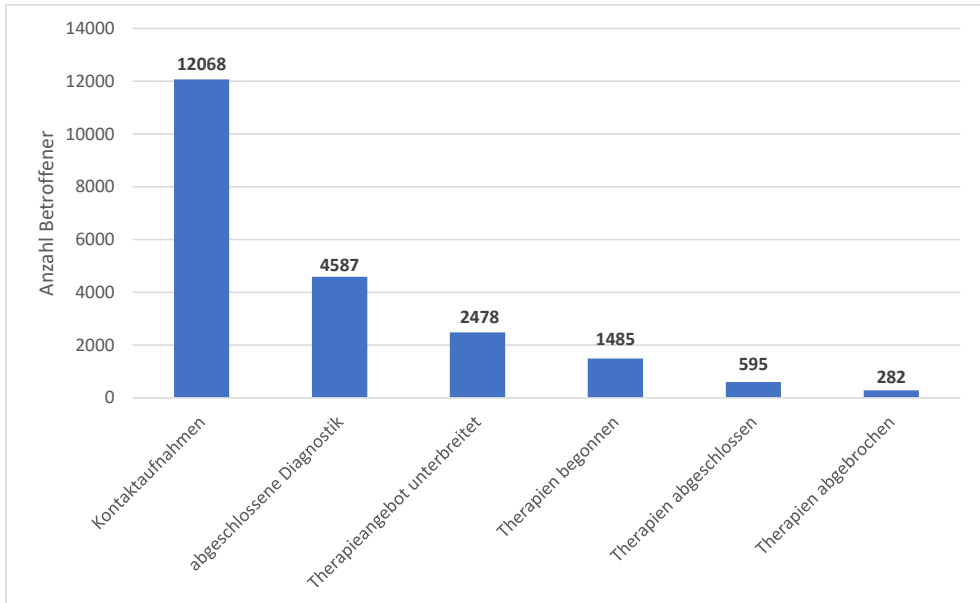


Abb. 1 Gesamtanzahl der Kontaktaufnahmen, abgeschlossene Diagnostik, Therapieangebot unterbreitet, Therapien begonnen, Therapien abgeschlossen sowie Therapien abgebrochen durch Betroffene deutschlandweit aus dem Projekt „Kein Täter werden“ zwischen den Jahren 2005 bis 2020 (Stand 31.12.2021)

Weitere Standorte sollen auch in den kommenden Jahren gegründet und ins Netzwerk integriert werden, um die flächendeckende Versorgung dieser speziellen PatientInnengruppe zu gewährleisten. In den nächsten Jahren, so wäre der Wunsch der beteiligten TherapeutInnen, soll das therapeutische Angebot in die Regelversorgung durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgenommen werden.

1.1.1. Begriffsklärung

1.1.1.1. Pädophilie

Die pädophile sexuelle Präferenz beschreibt die sexuelle Erregbarkeit durch das kindliche Körperschema (vgl. Tanner-Stadium I, siehe Abb. 2) vor der Geschlechtsreifeentwicklung, wenn die sekundären Geschlechtsmerkmale noch nicht ausgebildet sind. Auf kindliche Jungen bezogen schlägt Ahlers (2014), aus dem Lateinischen abgeleitet, den Begriff der „Puerphilie“, auf kindliche Mädchen bezogen den Begriff der „Puellaphilie“ (siehe Abb. 3) vor. Über das sexuelle Verhalten einer Person selbst sagen beide Begriffe nichts aus, sondern beschreiben lediglich die sexuelle Ausrichtung als Bestandteil der Sexualpräferenz. Häufig falsch verwendet, so kritisiert Ahlers (2014), setzt der Begriff „Pädophilie“ Menschen mit einer solchen sexuellen Ausrichtung gleich mit SexualstraftäterInnen und trifft auf diese Weise noch nicht einmal, was der Begriff tatsächlich meint, nämlich Kinderliebe. Meist bezieht sich, wie der Autor betont,

„das Interesse eines Pädophilen nicht nur auf sexuelle Kontakte mit einem Kind, sondern es besteht ein (wenn auch unrealistischer) ganzheitlicher, partnerschaftlicher Wunsch nach einer Liebesbeziehung, die sexuelle Kontakte in der Form mit beinhaltet, wie dies in partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Erwachsenen auch der Fall ist.“

(Ahlers, 2014, S. 85)

1.1.1.2. Hebephilie

Die Hebephilie beschreibt die sexuelle Ansprechbarkeit durch den jugendlichen körperlichen Entwicklungsstatus während und am Ende der Pubertät, vgl. Tanner-Stadium II - III. Hier schlägt Ahlers (2014) bezogen auf den jugendlichen Jungen, dem Griechischen entliehen, die Bezeichnung „Ephebophilie“, bezogen auf jugendliche Mädchen den Begriff „Parthenophilie“ vor (siehe Abb. 3).

Auf die sexuelle Erregbarkeit auf Erwachsene soll hier nicht genauer eingegangen werden. Lediglich der Vollständigkeit halber soll der Begriff der Teleiophilie erwähnt und der Erregbarkeit auf das erwachsene Körperschema (Tanner-Stadium IV-V; (Seto, 2018)) zugeordnet werden.

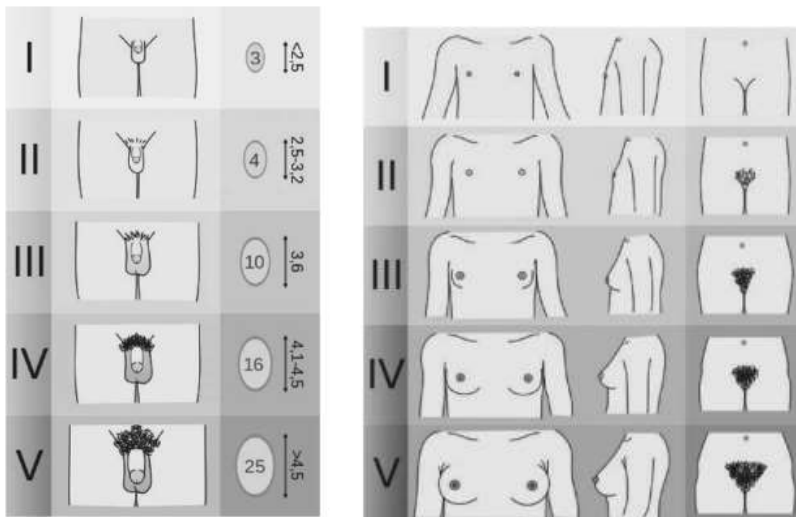


Abb. 2 Körperliche Entwicklungsstadien im Fortschreiten der Geschlechtsreifeentwicklung (I-V), so genannte Tanner-Stadien, für den männlichen sowie den weiblichen Körper (Seto, 2018).

1.1.1.3. Ausschließlicher vs. Nicht-Ausschließlicher Typ

Die sexuelle Erregbarkeit kann in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen. Wir unterscheiden hierbei den so genannten „ausschließlichen Typus“, wobei die Person ausschließlich durch ein bestimmtes körperliches Entwicklungsstadium, meist in nur einem Geschlecht, sexuell angezogen wird. In der so genannten „Kern-Pädophilie“ handelt es sich beispielsweise um die ausschließliche sexuell-erotische Anziehung durch Knaben bis zum Beginn der Geschlechtsreifeentwicklung (Beier, 2018).

Häufiger ist der so genannte „nicht-ausschließliche Typus“ anzutreffen, bei dem die sexuelle Anziehung durch mehrere Entwicklungsstadien oft beider Geschlechter vorliegt. So reagiert ein Betroffener beispielsweise sowohl auf eine erwachsene Frau (Tanner-Stadium V) erregt, kann aber gleichzeitig in anderer Intensität auch durch Knaben (Tanner-Stadium I) und/oder Mädchen (Tanner II und III) sexuell erregt werden. Die Ansprechbarkeiten folgen keinen Gesetzmäßigkeiten, sind in unterschiedlicher Stärke ab dem Zeitpunkt der eigenen Geschlechtsreifeentwicklung vorhanden und sind der überwiegenden Zahl von Menschen auch ab diesem Zeitraum bewusst.

Sexuelle Ansprechbarkeit für Kinder		Sexuelle Ansprechbarkeit für Jugendliche		Sexuelle Ansprechbarkeit für Erwachsene	
Pädophilie		Hebephilie		Teleiophilie	
♀	♂	♀	♂	♀	♂
Puellaphilie	Puerphilie	Parthenophilie	Ephebophilie	Gynaephilie	Androphilie
%	%	%	%	%	%

Abb. 3 Begriffsdifferenzierung zur sexuellen Ausrichtung auf den körperlichen Entwicklungsstatus (Pädophilie, Hebephilie, Teleiophilie) und die sexuelle Orientierung auf die jeweiligen verschiedenen Geschlechter. Im Anschluss an eine ausführliche diagnostische Untersuchung kann für den/die jeweilige(n) PatientIn eine Ausprägung der sexuellen Erregbarkeit in %-Werten in die Tabelle eingetragen werden. Daraus ergibt sich auf einen Blick das Verhältnis der vorliegenden sexuellen Erregbarkeit auf das jeweilige Geschlecht und Körperschema (Ahlers, 2014, S. 82).

1.1.1.4. Dunkelfeld vs. Hellfeld

Insbesondere im Projekt „Kein Täter werden“ muss zwischen dem so genannten Hell- bzw. Dunkelfeld unterschieden werden. Bildlich gut vorstellbar ist die Exekutive als Lichtstrahl, der auf einzelne TäterInnen fällt, die damit bereits in den Fokus der Ermittlungsbehörden gerückt sind. Am Beginn des so genannten Hellfelds steht meist eine Hausdurchsuchung, nachdem der/die TäterIn wegen eines (Sexual-)Delikts aufgefallen ist bzw. angezeigt wurde. Die Ermittlungen beginnen. Mitunter stellt diese Zeit auch den Beginn eines Therapiewunsches bei den Ermittelten dar. Da sich das Projekt „Kein Täter werden“ jedoch ausschließlich an Menschen des so genannten Dunkelfeldes richtet, also für bisher nicht Ermittelte, ist für diese Gruppe von TäterInnen eine Aufnahme im Projekt nicht mehr möglich. Das Präventionsprojekt bietet ausschließlich Menschen aus dem Dunkelfeld eine Therapie zur Integration der sexuellen Präferenz in die eigene Person einerseits sowie zur Kontrolle des sexuellen Verhaltens andererseits, an. Personen, die ermittelt und später verurteilt wurden, gehören, sobald sie eine verhängte Geldstrafe bezahlt, eine Freiheitsstrafe abgesessen und Bewährungsaufgaben ausgelaufen sind, wieder zum Dunkelfeld. Auch sie bekommen therapeutische Unterstützung im Präventionsprojekt „Kein Täter werden“, wenn sie das möchten.

1.2. Angehörige psychisch erkrankter Menschen

1.2.1. Angehörigenarbeit im Wandel der Zeit

Einen kurzgefassten historischen Überblick zu Angehörigen in der Psychiatrie bietet Katschnig (2002). Der Autor gibt an, dass in den 50er und 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts erstes Interesse an den Familien psychisch Kranker aufkam. Dies, so berichtet er analog zu Scherer & Lampert (2017), fiel in die Zeit, als psychiatrisch erkrankte Menschen „aus der Hospitalisation entlassen und zurück in ihre Familien geschickt“ (Scherer & Lampert, 2017, S. 13) wurden. Eine Studie des englischen Medizinsoziologen George Brown sorgte im Jahr 1966 für große Aufregung, als dieser postulierte, dass PatientInnen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Familie zurückkehrten, häufiger psychische Störungen hatten als diejenigen, die isoliert lebten. Aus dieser Untersuchung entwickelte sich später die „Expressed Emotion“-Forschung in Bezug auf schizophrene Erkrankungen, „zum Einfluss der Familie auf die Rückfallhäufigkeit“ (Kandale & Rugenstein, 2022, S. 271), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Etwa um 1970 wurden die ersten Untersuchungen über die Belastung Angehöriger psychisch Kranker vorgenommen und veröffentlicht. Etwa in diesen Jahren wurden die erste Selbsthilfevereinigung, die „National Schizophrenia Fellowship“, in London gegründet. Dem Beispiel folgten in den weiteren Jahren viele vergleichbare Vereinigungen.

Katschnig (2002, S. 11) berichtet über „vier unerfreuliche Rollen“, die Angehörigen zu dieser Zeit zugewiesen wurden:

- 1) Studienobjekt: Angehörige wurden und werden in genetischen Studien untersucht hinsichtlich der Frage, ob diese selbst auch psychisch krank sind. Das wissenschaftliche Interesse sei, laut Autor, auf der einen Seite nachvollziehbar. Dennoch weist er kritisch auf das Befinden derselben in dieser Rolle hin.
- 2) Anamneselieferant: Angehörige sind hier von großem Interesse, um Informationen über Erkrankte zu liefern; darüber hinaus haben sie aber keinen weiteren Stellenwert für medizinisches Personal.
- 3) TäterInnen: Bei der, meist den Eltern zugeschriebenen TäterInnenrolle, wird nach der Verursachung psychischer Erkrankungen gefragt, wobei oft unklar bleibt, ob diese selbst psychisch belastet sind und dadurch erst der/die PatientIn erkrankte oder ob es umgekehrt so ist, dass Eltern aufgrund der Erkrankung des Kindes selbst psychisch erkranken.
- 4) Opfer: Die letzte traditionelle Rolle Angehöriger ist die des Opfers, also des unter der Krankheit selbst leidenden Angehörigen. Materielle Belastungen, Probleme in der Alltagsorganisation, Auseinandersetzung mit Verhaltensproblemen des kranken Familienmitglieds usw. zählt Katschnig (2002) beispielhaft auf.

In den vergangenen Jahren entstand eine neue Angehörigenrolle, die des „informierten und kompetenten Angehörigen, der mit Fachleuten partnerschaftlich zusammenarbeiten kann“ (Katschnig, 2002, S. 114). Diese Rolle wurde laut Scherer und Lampert (2017) insbesondere auch durch das Aufkommen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells in Hinblick auf den positiven Einfluss und die stützende Funktion der Angehörigen neu definiert und betrachtet. Dieses Modell (siehe Abb. 4) beschreibt die Entstehungsbedingungen einer Erkrankung im Zusammenwirken einer bestehenden persönlichen Vulnerabilität (intraindividuell sowie bedingt durch das soziale Umfeld), einem auftretenden Stressereignis und moderierenden Variablen bis hin zu kurz- und langfristigen Konsequenzen. In der Abbildung wird deutlich, welche Bedeutung dem sozialen Umfeld in Bezug auf die Vulnerabilität, aber auch den

moderierenden Variablen zukommt. Zunehmend wurden in der Arbeit mit Angehörigen nicht nur die krankheitsauslösende Wirkung, sondern auch die schützenden Faktoren erkannt und berücksichtigt.

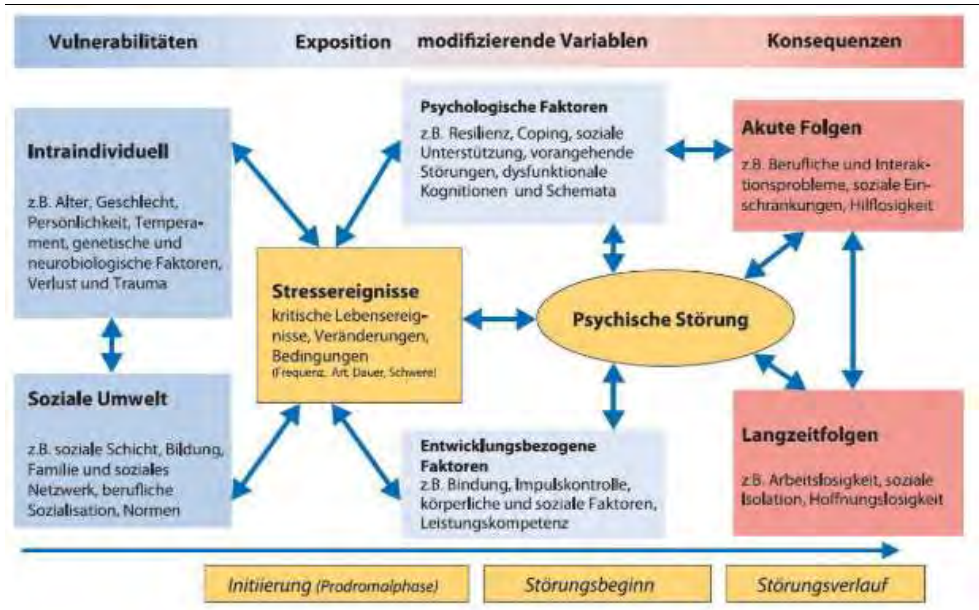


Abb. 4 Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 21). Es stellt die Entstehung von subjektivem Stress bzw. von Erkrankung nach der Vulnerabilität einer Person, einem eintretenden Stressereignis, ggf. modifizierender Variablen sowie auftretenden Konsequenzen dar.

Scherer und Lampert (2017) plädieren in ihrem Buch dafür, dass auch heute noch der Weg der Angehörigen vom „Sündenbock und hin zu ernst genommenen Partnern [...] weiterhin viel Sensibilisierungsarbeit“ benötigt „und [...] nicht in der Diskussion darüber, wer warum wann was richtig oder falsch gemacht hat, stecken bleiben“ darf (Scherer & Lampert, 2017, S. 16). Besonders treffend formulieren die Autoren, dass PatientInnen und deren Angehörige „gemeinsam eine schwere Situation zu meistern haben“ (Scherer & Lampert, 2017, S. 17). Auch Kröger et al. (2022) betonen, dass „bei psychischen Erkrankungen und Krisen [...] wichtige Bezugspersonen immer mitbetroffen und mit beansprucht“ sind. Diese kommen „unmittelbar mit den fachlichen Weiterentwicklungen in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Berührung, wie z.B. der immer kürzeren Aufenthaltsdauer in der Akutpsychiatrie, insbesondere, wenn sie gemeinsam mit ihnen den Alltag teilen“ (Kröger, Hahn, & Große, 2022, S. 225).

Auf die Bedeutung Angehöriger verweisen auch Bull und Kollegen, wenn sie feststellen, dass „Menschen, die in zufriedenstellenden Beziehungen leben, [...] ein geringeres Risiko [haben], psychische Erkrankungen zu entwickeln als getrennt lebende oder geschiedene Personen“ (Bull & Poppe, 2015, S. 16). Für die seelische Gesundheit und psychische Stabilität spielt die partnerschaftliche Qualität eine wichtige Rolle. Fehlen wichtige Bezugspersonen, wird – wie

auch zuvor im Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe Abb. 4) gezeigt – die physiologische Stressreaktion gesteigert und damit die Verwendung adäquater Bewältigungsstrategien beeinflusst. Bull und Poppe (2015) geben an, dass Menschen, die in keiner sicheren Beziehung sind, weniger selbstaufmerksam und weniger achtsam mit sich sind und bei gesundheitlichen Problemen häufiger auf medizinische Betreuung verzichten, was sich wiederum ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Konkreter auf psychische Krankheiten bezogen, stellen sie dar, dass Menschen, die in ihrer Partnerschaft unzufrieden sind, ein deutlich erhöhtes Risiko haben, eine psychische Störung zu entwickeln und im Verlauf einer solchen Rückfälle zu erleiden.

1.2.2. Belastungen von Angehörigen

Für die allgemeine Psychiatrie - ohne auf konkrete Störungen oder Erkrankungen einzugehen - erläutern Scherer und Lampert (2017) einige Aspekte zu Belastungen von Angehörigen. Meist betreffen diese nahe Angehörige wie Eltern, PartnerInnen sowie Geschwister, die mitunter im selben Haushalt mit den erkrankten Patienten leben und daher im Alltag häufig und direkt mit dem/der psychisch Erkrankten in Berührung kommen. In Bezug auf die Eltern beschreiben die Autoren das überwiegende Auftreten von Schuld- und Versagensgefühlen, welche nicht nur mit der Entstehung, sondern auch mit der Aufrechterhaltung und gegebenenfalls einer Verschlechterung der Erkrankung beim/bei der PatientInnen assoziiert sind. PartnerInnen erkrankter Menschen würden laut Scherer und Lampert (2017) oft vor der selbstgestellten Frage stehen, den/die Erkrankte(n) zu verlassen oder diese(n) weiter zu begleiten. Sie hätten sich mit zum Teil erheblichen Veränderungen im Alltagsleben, der Partnerschaft und gegebenenfalls auch in der Erziehung von Kindern auseinander zu setzen. Für die Gruppe der Geschwister bringe eine Erkrankung des Bruders oder der Schwester meist Scham- und Schuldgefühle mit sich. Diese würden sich häufig damit auseinandersetzen, wieso der/die PatientIn erkrankt und der/die Angehörige selbst gesund sei. Andere Geschwister erleben unter Umständen aber auch Ärger und Wut, weil die Erkrankung des Bruders/der Schwester im Aufwachsen im Vordergrund gestanden sei und das Geschwisterkind dementsprechend immer habe hintanstellen müssen. Bull und Poppe (2015) stellen fest, dass Angehörige sich häufig für die Erkrankung des/der PatientIn schämen und diese aus Angst, für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht zu werden, verheimlichen. Sie leiden unter Schuldgefühlen und fürchten, stigmatisiert zu werden, weshalb sie sich sozial zurückziehen und zunehmend isolieren. Angehörige von Suchtkranken werden, wie Kruse et al. (2001, S. 131) angeben, „oft in ihren Gefühlen von Scham und Schuld von Hausärzten bestätigt. Es muss sich aber vergegenwärtigt werden, dass es sich um zutiefst verunsicherte, verängstigte und erschöpfte Menschen handelt“. Auch Kröger et al. (2022, S. 226) stellen fest, dass es um das „Aushalten von Ohnmacht und Hilflosigkeit, um Überforderung, tiefe Verunsicherung und vielfältige Ängste, aber auch um Wut, Ärger und Enttäuschung und um Schuld- und Schamgefühle“ geht. Sowohl erwachsene Angehörige als auch Kinder wären mit Ausgrenzung und Stigmatisierung konfrontiert. Meesmann (2016, S. 12) stellt die Situation von Angehörigen forensischer PatientInnen wie folgt nachvollziehbar und eindrucksvoll dar:

„Der Sohn, mit 15 Jahren psychisch erkrankt und mehrfach stationär behandelt (Schizophrenie), lebt in der Familie. Hier gibt es immer wieder verbale und auch tätliche Auseinandersetzungen, in der Öffentlichkeit kommt es zu provozierenden Auftritten und Bagatelldelikten (Warenhausdiebstahl, Schwarzfahren), Ausbildungen und Beschäftigungen werden abgebrochen. Im Alter von 20 Jahren folgt dann die Straftat,

die über die Verhaftung durch die Polizei zur gerichtlichen Einweisung in die forensische Psychiatrie führt. Über die Tat und das Gerichtsverfahren berichten die Medien ausführlich, in der kleinen Gemeinde weiß jeder, um wen bzw. um welche Familie es sich handelt. Freunde und Bekannte ziehen sich zurück, die Familie steht alleine da – und meidet aus Scham und Verunsicherung ebenfalls den Kontakt zum Umfeld. [...] Sie sind fassungslos über die Tat, finden keinen Rat, Scham und Schuldgefühle halten sie davon ab, Hilfe bei anderen zu suchen, Fremd- und Selbststigmatisierung führen zum Rückzug. [...] Von den Professionellen werden die Angehörigen kaum wahrgenommen, allenfalls bei der Anamnese und der Wiedereingliederung kommen sie in den Blick; in den Lehrbüchern kommen die Angehörigen [...] nicht vor, auf den Internetseiten der Kliniken sucht man meist vergebens Hinweise oder Angebote für Angehörige. Und auch in der Angehörigenbewegung wurde bisher das Thema „Forensik“ vernachlässigt, oft auch bewusst verdrängt („Mit Kriminellen haben wir nichts zu tun“).

(Meesmann, 2016, S. 12)

Die Belastungen, die Angehörige durch die Erkrankung des/der PatientIn zu bewältigen haben, sind individuell und müssen jeweils für den Einzelnen betrachtet und verstanden werden. Das subjektive Erleben der Belastung ist laut Bull und Poppe (2015, S. 19) vom „persönlichen Stil, den psychosozialen Ressourcen und den vorhandenen Bewältigungsstrategien“ abhängig. Immer gleich müsste, so betonen Scherer und Lampert (2017), die Haltung professioneller HelferInnen den Angehörigen gegenüber sein, die davon ausgeht, dass alle Angehörigen immer das Beste für den/die PatientIn wollen. Oft aber sei die Auffassung darüber, was das Beste ist, sehr unterschiedlich. Die Akzeptanz der Erkrankung stellt für Eltern, PartnerInnen und Geschwister einen Trauerprozess dar, in dem sich diese „von den eigenen Lebensentwürfen verabschieden [...] und sich über Sinnfragen und Lebensentwürfe Gedanken“ (Scherer & Lampert, 2017, S. 51) machen müssen. Im Falle chronischer Krankheiten stehen sie einer ungewissen Zukunft gegenüber und sollten von professionellen HelferInnen, so raten Scherer und Lampert (2017) motiviert werden, wieder vermehrt ihr eigenes Leben zu leben. Dementsprechend sollen sie auch für sich selbst Sorge tragen, um der Rolle als Angehöriger auch langfristig gerecht werden zu können.

Hilfreich erleben Angehörige „Informationen über Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmaßnahmen, Hinweise auf Entlastungs- und Erholungsmöglichkeiten für sich selbst, Hilfestellungen beim Umgang mit Alltagsproblemen und einen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Angehörigen“, so geben Lenz und Jungbauer (2008, in (Bull & Poppe, 2015, S. 20)) an. In der professionellen Arbeit, so schlagen Bull und Poppe (2015) vor, soll ein adäquater Umgang mit den spezifischen Krankheitssymptomen aufgebaut und die Beziehung zwischen Angehörigen und PatientIn durch die Vermittlung von Problemlöse- und Kommunikationskompetenzen verbessert werden. Familiäre und partnerschaftliche Konflikte, welche den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen, sollen bearbeitet werden. Damit wird der Zusammenhalt gestärkt und eine positive Veränderung auf die Lebensqualität bewirkt.

1.2.3. Angehörigenangebote

Ein Angehörigenangebot sollte eine präventive Möglichkeit darstellen, frühzeitig Belastungen im sozialen Umfeld zu erkennen und diesen schnellstmöglich entgegen wirken zu können. Kröger et al. (2022) meinen, dass durch fundierte Angehörigenarbeit Belastungen verringert werden könnten, die mit Aspekten von Bewältigungsverhalten, Bindungsbedürfnissen, Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, Selbstwertschutz etc. korrespondieren.

Angermeyer und Finzen (1984) merken dazu an:

„Es geht hier in erster Linie um Assistenz, um Hilfestellung - nicht um Therapie in dem Sinn, daß „Pathologisches“ oder „Deviantes“ - bei wem auch immer - behandelt werden soll. Vielmehr stehen hier die Angehörigen mit ihren Sorgen und Nöten im Mittelpunkt (ebenso wie der Patient mit seinen Problemen im Mittelpunkt der Beziehung zu seinem Therapeuten steht). Viele, die mit Angehörigen arbeiten, begnügen sich allerdings nicht mit diesem „bescheidenen“ Ziel [...]. Sie gehen einen Schritt weiter und sehen in der Angehörigenarbeit auch - oder vorrangig - ein therapeutisches Instrument, mit dessen Hilfe Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen der Angehörigen gegenüber dem Patienten dahingehend beeinflusst werden können, daß die Rehabilitationschancen für den Patienten erhöht bzw. das Risiko eines Rückfalls vermindert wird. Angehörigenarbeit so verstanden stellt gewissermaßen eine Art „mittelbarer Therapie“ dar.“

(Angermeyer & Finzen, 1984, S. 79)

Eine gute Übersicht in Bezug auf Angehörigenangebote bieten Borbé et al. (2017). Sie beschreiben zum einen die Angebote der Psychoedukation, zum anderen die Angebote der Angehörigengruppen und stellen in ihren Ausführungen zur Psychoedukation fest, dass „eine wohlüberlegte Entscheidung für oder gegen eine therapeutische Maßnahme [...] nur durch einen aufgeklärten, verantwortlich mitwirkenden Patienten erfolgen“ (Borbé, Pitschel-Walz, & Bäuml, 2017, S. 1177) kann. Ziel des psychoedukativen Angebots ist es also, „Patienten und ihre Angehörigen über die Erkrankung und die Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“, wie Borbé und Kollegen (2017, S. 1177) zusammenfassen. Als integraler Bestandteil in der Arbeit mit Angehörigen kommt der Psychoedukation eine besondere Bedeutung zu. Inhaltlich geht es um die Vermittlung von Wissen und gegebenenfalls das Herbeiführen von Verhaltensänderungen. Kritisch merken Kröger et al. (2022) an, dass Psychoedukation als beratender Prozess zu verstehen und meist stark kognitiv ausgerichtet ist. Entscheidend aber ist, so die Autoren, „ob und wie Informationen verarbeitet werden und was diese emotional auslösen. Fachkräfte haben die Aufgabe, Gefühle sensibel aufzugreifen. Wenn Informationen bedrohlich erscheinen, werden sie schwerlich aufgenommen und integriert“ (Kröger, Hahn, & Große, 2022, S. 233). Es müsse daher gemeinsam eine Sinnperspektive erarbeitet werden sowie Weiterentwicklungs- und Reifungsmöglichkeiten besprochen werden, die aus der gemeinsamen Bewältigung der Erkrankung entstehen können. Kröger et al. (2022, S. 234) beschreiben vier Ebenen, auf denen die Unterstützung von Angehörigen stattfindet.

- 1) Emotionale Unterstützung: Vermittlung von Wertschätzung und Zugehörigkeit
- 2) Informativ-beratende Unterstützung: Vermittlung von Anlaufstellen und Hilfsangeboten

- 3) Praktisch-instrumentelle Unterstützung: direkte Hilfestellung bei Antragsstellung und materielle Unterstützung
- 4) Interpretativ-deutende Unterstützung: Hilfe bei der Einschätzung von (Problem-) Situationen und deren Bewältigungsmöglichkeiten

Formal unterteilen Katschnig und Konieczna (1984, in (Borbé, Pitschel-Walz, & Bäuml, 2017)) Angehörigenarbeit in zwei Typen; je nach Dominanz von ExpertInnen oder Angehörigen. In der ersten Kategorie – hier besteht hohe ExpertInnen- und geringe Angehörigendominanz – sind Angebote wie beispielsweise Familientherapie, in der ein(e) Experte/-in dominiert und eine Modifikation intrafamiliärer Interaktionen angestrebt wird. In die zweite Kategorie, in der die Angehörigen deutlich über die ExpertInnen dominieren, fallen zum Beispiel Selbsthilfegruppen, die in der Regel von Angehörigen selbst ins Leben gerufen und unterhalten werden. ExpertInnen können zu bestimmten Zwecken eingeladen werden; die Gruppe an sich funktioniert aber ohne diese. Zweck der Selbsthilfegruppe ist die Möglichkeit zum Austausch Betroffener, der gegenseitigen Unterstützung, aber auch gesellschaftspolitischer Aktivitäten. Zuletzt entwickelte sich, laut Borbé et al. (2017), die „trialogische Kommunikation“, die im Rahmen eines gleichberechtigten Informationsaustausches zwischen TherapeutInnen, Betroffenen und Angehörigen das Ziel verfolgt, ein gemeinsames Krankheits- und Behandlungskonzept zu entwickeln. Als einen Subtyp der Angehörigenarbeit beschreiben die Autoren die sogenannten „therapeutischen Angehörigengruppen“, welche angehörigenzentriert oder patientenzentriert sein können. Erstere sind den Selbsthilfegruppen ähnlich; teilnehmende Angehörige sind „von sich aus problembewusster und veränderungsbereiter“ (Borbé, Pitschel-Walz, & Bäuml, 2017, S. 1185). Patientenzentrierte Angehörigengruppen werden meist von ExpertInnen geleitet. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die PatientInnen; entsprechend stehen deren Erkrankung und Behandlung sowie der Umgang mit der Erkrankung im Mittelpunkt des Angebots.

Zuletzt soll hier noch auf die Selbstfürsorge hingewiesen werden, die für die Bewältigung schwieriger Situationen in Bezug auf die Erkrankung von Angehörigen einen wichtigen Aspekt darstellt. Angehörige müssen dazu ermutigt und befähigt werden, eigene Ressourcen in den Blick zu nehmen und diese zu bewahren. Diese sollen eigene Belastungen wahrnehmen, Grenzen von Verantwortung festlegen und diese auch an Fachkräfte kommunizieren, um Überforderung zu vermeiden. Sie müssen sich Auszeiten nehmen, um „Ressourcen für sich und die Unterstützung des erkrankten Familienmitglied zu erhalten oder aufzubauen“, so Kröger et al. (2022).

1.2.4. Angehörigenarbeit im Strafvollzug

In der Literatur finden sich einzelne Berichte zu Angehörigenarbeit im Bereich des Straf- bzw. Maßregelvollzugs, wobei die Mehrzahl aus dem angloamerikanischen, die geringere Zahl aus dem deutschsprachigen Raum kommt.

1.2.4.1. Angehörigenangebote im englischsprachigen Raum

Anders als im deutschsprachigen Raum gibt es in den USA bereits mehrere paar- und familientherapeutische Angebote, wie beispielsweise von Datchi et al. (2016) beschrieben. Die Relevanz eines solchen Angebots vor einer Haftentlassung und Rückkehr in die Familie unterstreichend, stellen sie den multimodalen Family-Focused Approach vor, welcher in so

genannten „Community Education Centers (CEC)“ bundesweit angeboten wird. Ziel ist es, „to prepare adult male and female offenders for a successful return to the community by changing addictive and criminal behaviors, and building the knowledge and skills necessary for a prosocial lifestyle“ (Datchi, Barretti, & Thompson, 2016, S. 95). Familien, EhepartnerInnen, Kinder und andere wichtige Bezugspersonen können zusammen mit den inhaftierten Menschen Zeit verbringen und mit therapeutischer Unterstützung die Beziehung stärken. Auch Feste werden in der Gemeinschaft gefeiert, um den Inhaftierten auf die Rückkehr in sein familiäres Umfeld und in das soziale System vorzubereiten. Das Angebot findet im Rahmen der Resozialisierung tendenziell gegen Ende der Haftzeit statt und bietet fokussierte paartherapeutische, familientherapeutische Angebote, aber auch spezielle Gruppen für Väter und Mütter. Bisher stattgefundene Evaluation dieser Angebote zeigt, laut Datchi et al. (2016), einen signifikanten positiven Effekt auf die Rückfallwahrscheinlichkeit, damit verbunden eine Verringerung von „rearrest, reconviction, and reincarceration“ (Datchi, Barretti, & Thompson, 2016, S. 96). Entlassene TäterInnen, die an diesem Behandlungsangebot teilnahmen, zeigten verstärktes prosoziales Verhalten, konnten Beziehungsdynamiken besser erkennen und regulieren und so Konflikte vorbeugen.

Für jugendliche Straftäter beschreibt Garofalo (2020) unterschiedliche Rehabilitationsprogramme, in die Familienangehörige als Ressource in einen Veränderungsprozess inhaftierter Jugendlicher einbezogen werden. Zum einen ist die so genannte „functional family therapy (FFT)“, ein Programm, das drei Monate dauert und im Rahmen der therapeutischen Zusammenarbeit dissoziale Denkweisen, negative Emotionen und interpersonelle Konflikte fokussiert und verändern soll. Die „Multisystemic Therapy (MST)“ wiederum zielt auf die Problemlösekompetenz von Bezugspersonen ab und fokussiert vor allem auf Substanzkonsum und kriminelle Einstellungen und Verhalten. Die Autorin beschreibt ein therapeutisches Angebot für weibliche Inhaftierte, das jedoch auf die Inhaftierte selbst fokussiert ist und auf Partnerkonflikte, Beziehungsfragen, depressive Störungen und Traumata zielt. In wie weit Angehörige aktiv miteinbezogen werden, bleibt in den Ausführungen der Autorin offen. Für inhaftierte männliche Erwachsene beschreibt Garofalo (2020, S. 243) „a limited amount of empirical data regarding the effectiveness of family-focused interventions“. Sie zählt weiter auf, dass „Cognitive-behavioral family therapy (CBFT)“ hilfreich sein könnte und bisher intrapersonelle Störungen wie Depression und Angststörungen sowie aggressive und süchtige Verhaltensweisen signifikant verbessert hat. Zusätzlich beschreibt die Autorin eine verbesserte Familienkohäsion. Eine paartherapeutische Intervention, die so genannte „systemic couple therapy“ soll Paaren dabei helfen, ein besseres Verständnis füreinander zu bekommen und lernen, empathischer aufeinander einzugehen. Auch dieses Angebot zeigte, laut Garofalo (2020, S. 244) „significant improvements in psychopathology“. Abschließend führt die Autorin auf, dass die „structural family therapy“ insbesondere für wirtschaftlich schlecht gestellte Familien hilfreich war, wie sie in der amerikanischen Gefangenengeneration häufig vorkommt. In diesem Ansatz wird die Struktur und der Kontext der Familie in den Blick genommen und die psychische Erkrankung als Symptom von Dysfunktionalität der Familie betrachtet.

In all diesen Ansätzen scheinen sich Aspekte dissozialer Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen zu verändern, die sich auf unterschiedliche Art auf die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens kriminellen Verhaltens auswirken.

1.2.4.2. Angehörigenangebote im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum scheint die Frage nach den Angehörigen von inhaftierten und im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen erst allmählich aufzukommen. Immer öfter wird die Frage gestellt „Und wo bleiben die Angehörigen?“, wie sie auch Meesmann (2016) in seinen gleichnamigen Ausführungen stellt. Als langjährig selbst Betroffener beschreibt er die verbesserungswürdige Situation, erkennt an, dass manche Kliniken Angehörigenangebote vorhalten, diese dann resigniert wieder einstellen, weil die Resonanz von Angehörigen fehlt. Umgekehrt kritisiert er, dass von Seiten der Fachkräfte „das Desinteresse überwiegt!“ (Meesmann, 2016, S. 12). Daraus begründet, schloss sich im Jahr 2008 eine Initiative von betroffenen Angehörigen in Bayern und Baden-Württemberg zusammen, „um Angehörige aus ihrer Isolation und Hilflosigkeit herauszuholen“ (Meesmann, 2016, S. 12). Als Bedarfe beschreibt der Autor in der Zeit zwischen der Tat und der Gerichtsverhandlung besonders rechtliche Beratung sowie Fragen zur Krankheit des/der Patienten/-in. Aber auch eine Anlaufstelle für allgemeine Fragen z.B. im Sozialdienst sei wichtig für Angehörige. Ist die Gerichtsverhandlung vorbei und die Unterbringung im Maßregelvollzug richterlich angeordnet, stellen sich erneut Fragen über die Dauer der Unterbringung, „Zuständigkeiten, Entscheidungsabläufe, Sicherheitsmaßnahmen, Besuchsbedingungen, Kontaktregelung (Telefon- und Besuchszeiten), Lockerungsstufen. [...] Der untergebrachte Patient verschwindet auf unabsehbare Zeit aus dem Alltag der Familie, [...] Angehörige erfahren kaum etwas über das Geschehen hinter der Mauer“, so Meesmann (2016, S. 13). Inzwischen sind auf unterschiedlichen Webseiten, meist von forensischen Kliniken, Informationsangebote für Angehörige zu finden. Untersuchungen zu Angehörigenangeboten finden sich aber weiterhin nur im Einzelnen. So untersuchte Ochs (2022, S. 81) Familienangehörige von nach §63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) untergebrachten StraftäterInnen, welche „starken Belastungen ausgesetzt“ sind, „wenig einbezogen oder unterstützt werden und eher als zusätzliche Ressourcen von Patient*innen in den Fokus rücken und selten als Bedarfsgruppe mit eigenen Anliegen“. Der Autor stellt in seinen Ausführungen fest, dass es „in Deutschland kaum strukturierte und professionelle Angebote für Angehörige in forensischen Kliniken“ gibt, „sodass der Eindruck einer übersehenen Gruppe entsteht“ (Ochs, 2022, S. 82). Ebenso „existieren [...] Berichte, wonach bestehende Angebote, wie Angehörigengruppen, nur unbefriedigend genutzt werden.“ Aufgrund „der wenigen aktuellen empirischen Arbeiten in Deutschland“ verweist Ochs (2022, S. 83) auf Untersuchungen in Großbritannien, in der eine intensivere Forschungstätigkeit feststellbar sei. Ergebnisse zeigen dort eine „große emotionale Belastung [...] Gefühle von Stigmatisierung und infolgedessen der Verlust von Freund*innen und des sozialen Umfelds [...] was zu physischen und psychischen Beschwerden führen kann“ (Ochs, 2022, S. 83). Allerdings warnt der Autor davor, die Ergebnisse nicht ohne Weiteres zu übernehmen, da „Unterschiede im juristischen sowie medizinischen System“ (Ochs, 2022, S. 83) bestehen. Er berichtet dennoch von Übereinstimmung in seinen Ergebnissen und denen aus Großbritannien, wenn es um das Belastungserleben und die „als unzureichend bewertete Zusammenarbeit mit den forensischen Kliniken“ (Ochs, 2022, S. 84) geht. Von besonderer Relevanz für die vorliegende Arbeit erscheint die Schlussfolgerung, dass die „Bedarfsgruppe stärker in den Fokus zu nehmen und deren Erleben zu reflektieren“ (Ochs, 2022, S. 85) ist. Diese solle „nicht als potenzielle „Ressource“, sondern als ebenso belastete Personen mit eigenem Unterstützungsbedarf betrachtet werden. Auch MitarbeiterInnen müssten besser geschult werden, „damit die Balance zwischen den verschiedenen aufeinandertreffenden Interessen ausgehalten und somit ein zufriedenstellender Umgang gewährleistet werden kann“ (Ochs, 2022, S. 85). Der Autor zieht das Fazit, dass die Forschung zum Erleben der Situation von

Angehörigen in Deutschland noch am Anfang steht und „weitere Erhebungen notwendig“ (Ochs, 2022, S. 86) sind.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Iffland et al. (2016), die „lediglich 9 empirische Studien“ fanden, in denen Partnerschaften von männlichen Sexualstraf Tätern untersucht wurden. Diese fokussierten sich zwar alle auf Partnerinnen, die Gruppe der Patienten hingegen war sehr heterogen. Manche waren noch in Haft oder im Maßregelvollzug untergebracht, andere bereits in Langzeiterprobung oder sogar schon entlassen. Die Täter, deren Partnerschaften untersucht wurden, waren wegen Sexual- und Gewaltstraftaten sowie wegen anderer Straftaten (Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz u.a.) verurteilt. In wenigen Studien wurde das Paar an sich untersucht; in manchen nur der Täter selbst befragt und Interpretationen und Schlüsse aus deren Aussagen auf die Beziehung(s)dynamik gezogen, wie Iffland et al. (2016) kritisch anmerken. Auch die Untersuchungsmethoden unterschieden sich deutlich voneinander; die Stichprobengröße war jeweils klein. Tendenziell kamen die untersuchten Studien dennoch zu ähnlichen Ergebnissen. So schienen die Täter selbst sicher gebunden zu sein, während deren Partnerinnen unsicher gebundene Beziehungsstile aufwiesen. Neben der „Angst, als Partnerin eines „Triebtäters“ gebrandmarkt zu werden und sich mit Vorwürfen auseinandersetzen zu müssen“ (Iffland, Berner, & Briken, 2016, S. 62), zeigten Partnerinnen laut Autoren „ein hohes Ausmaß an Bagatellisierungen, eine Verleugnung der Tatumstände“ und zu einem beachtlichen Teil „eigene Missbrauchserfahrungen [...] (47,1% in unserer Erhebung zu 8,4-18% in der sonstigen Literatur)“ (Iffland, Berner, & Briken, 2016, S. 62). Abschließend betonten die Autoren, dass ein vertiefter Einblick in die Partnerschaftsdynamik von StraftäterInnen sowohl für die Kriminalprognose als auch für die therapeutische Nachsorge wichtige neue Impulse bringen könnte und daher weitere Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Auch Klemm (2009) plädiert darauf, dass zukünftig mehr familientherapeutische Ansätze in der Behandlung von StraftäterInnen eingesetzt werden müssen, da „die Überlegenheit systemischer Familientherapien sowohl hinsichtlich der Reduktion des Rückfallrisikos als auch hinsichtlich massiver Kostenersparnis durch die Vermeidung stationärer Maßnahmen nachgewiesen werden“ (Klemm, 2009, S. 206) konnten. Der Autor bezieht sich hierbei auf Forschung überwiegend im Kontext von Suchterkrankungen im angloamerikanischen Raum und betont, dass die Anwendung multisystemischer Konzepte in Deutschland „aufgrund fehlender Finanzierung durch das kassenärztliche System erschwert bzw. verhindert“ (Klemm, 2009, S. 206) wird.

Zwar wäre naheliegend, die Angehörigengruppe der Sexualstraf Täter mit derjenigen der Patienten aus dem Projekt „Kein Täter werden“ zu vergleichen, bei genauerer Betrachtung unterscheiden sich diese Gruppe jedoch in durchaus relevanter Weise. Der wichtigste Unterschied zwischen den verurteilten Sexualstraf Tätern und der Gruppe pädophiler und/oder hebephiler Menschen ist häufig die Diagnose selbst. Während die PatientInnen des Präventionsprojekts „Kein Täter werden“ eine sexuelle Präferenz auf Kinder und/oder Jugendliche haben müssen, um präventiv therapeutische Unterstützung zu bekommen, werden Sexualstraf TäterInnen in vielen Fällen nicht diagnostisch untersucht. Die Begehung einer Sexualstraftat an sich ist wiederum kein hinreichendes Kriterium für das Vorliegen einer Präferenzstörung, sondern sagt zunächst nicht mehr als dass die Person eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen hat und dafür rechtskräftig verurteilt wurde. Als so genannte ErsatzhandlungstäterInnen besteht zwar zweifelsohne Behandlungsnotwendigkeit und -würdigkeit. Diese zielt - wenn eine Therapie erfolgt - aber überwiegend auf die begangene Tat und die zugrundeliegende Dynamik ab. Für Angehörige besteht demnach die Aufgabe, die begangene Tat sowie einen Haftaufenthalt zu bewältigen. Damit in Verbindung kommt es

zwangsläufig zu einer räumlichen Trennung, die bei PatientInnen des Präventionsnetzwerks nicht von außen angeordnet erfolgt. Die Studienlage ist, wie von mehreren AutorInnen beschrieben, nicht sehr aussagekräftig und kommt hauptsächlich aus dem englischsprachigen Raum. Bei vielen publizierten Artikeln bezieht sich die Stichprobe auf inhaftierte Personen, wobei der Inhaftierung unterschiedliche Delikte, nicht nur Sexualdelikte, und daher mitunter kriminogene Aspekte zugrunde liegen, die sich von den PatientInnen des Präventionsnetzwerks unterscheiden könnten.

Die Stichprobe der in dieser Studie untersuchten Angehörigen besteht aus denjenigen Menschen, die zunächst diagnostisch eine sexuelle Präferenzbesonderheit aufweisen und noch keine Übergriffe begangen haben bzw. strafrechtlich verfolgt werden. Die Referenzgruppe weist zudem keine psychische Erkrankung auf, die im Ausmaß die Einsichts- und Schuldfähigkeit herabsenkt oder aufhebt, wodurch ein Vergleich mit den nach §63 StGB untergebrachten Menschen nicht zulässig bzw. wissenschaftlich nicht vertretbar ist.

Am ehesten sind die Angehörigen der hier untersuchten Gruppe mit denen von suchtkranken Menschen zu vergleichen, weshalb diesen der nächste Abschnitt gewidmet ist.

1.2.5. Angehörige suchtkranker PatientInnen

Häufig sind bei Suchtkranken, zumindest in Bezug auf die meisten Arten von Suchtmittel (Heroin, Kokain, Crack, usw.), ähnlich wie bei pädophilen und/oder hebephilen Menschen strafbare Handlungen assoziiert. In Bezug auf Suchtkranke sind unmittelbar die Beschaffung, der Besitz und die Weitergabe bestimmter Suchtmittel unter Strafe gestellt; mittelbar auch die Beschaffungskriminalität mit Strafe bedroht. In Bezug auf Menschen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit, wie in der vorliegenden Arbeit, sind Handlungen wie der Konsum, Besitz sowie die Weitergabe von Missbrauchsabbildungen strafbewehrt und gelten seit der letzten Verschärfung des Sexualstrafrechts im Sommer 2021 als Verbrechen. Selbstredend stehen auch unmittelbare sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen unter Strafe. Auch hinsichtlich der Funktion von mit den Erkrankungen assoziierten Handlungen besteht eine Vergleichbarkeit; diese weisen spannungsreduzierenden Charakter auf und werden zur Entspannung eingesetzt bzw. konsumiert. Schymanski (2019) postuliert dazu, dass sowohl Substanzkonsum wie auch sexuelle Handlungen eine positive Reaktion im Nucleus accumbens, einem Teil des so genannten Belohnungssystems, hervorrufen und als „Kick“ wahrgenommen werden. Dies fördert bzw. legt die Wiederholung der jeweiligen Handlung nahe, um erneut eine positive Reaktion im Sinne eines angenehmen Erlebens zu erzielen. Behandlungsziel in der Therapie beider erkrankten PatientInnengruppen ist daher grundsätzlich die Reduktion des (Wieder-)Auftretens schädlicher Verhaltensweisen wie einerseits des Konsums von suchterzeugenden Substanzen sowie andererseits von Missbrauchsdarstellungen bis hin zu „hands-on“-Delikten und damit langfristig der Verzicht auf das euphorische Gefühl danach.

Bischof et al. (2018) konnten in einer multizentrischen Studie hohe Prävalenzzahlen von sich selbst als Angehörige Suchtkranker identifizierenden PatientInnen in der medizinischen Basisversorgung ermitteln. Sie führten Untersuchungen sowohl in Allgemeinarztpraxen als auch in Krankenhäusern durch und fanden „in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur [...], dass Angehörige Suchtkranker eine erhöhte depressive Belastung und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen.“ (Bischof, et al., 2018, S. 70). Die AutorInnen zeigten zudem, dass sich nach erfolgreicher Behandlung des Suchtkranken ein Rückgang an

Belastungskosten und Beeinträchtigungen beim Angehörigen in Versichertendaten aus den USA ergaben und stellen diesbezüglich einen Zusammenhang her. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass durch die Behandlung suchtkranker Menschen auch die Gesundheitsbelastung von deren Angehörigen reduziert werden kann.

Andorfer und Schmidt (2007) weisen in ihren Ausführungen zum Betreuungsangebot für Angehörige Suchtkranker darauf hin, dass Abhängigkeitserkrankungen von diversen Substanzen nicht nur den/die Erkrankte(n) selbst betreffen, „sondern immer auch ihr Umfeld. [...] Als Angehörige sind sie in die Krankheit mitverstrickt und laufen Gefahr durch ihr Verhalten zur Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens des Betroffenen beizutragen“ (Andorfer & Schmidt, 2007, S. 41). Inwieweit das auch für Angehörige von Menschen mit sexuellen Präferenzbesonderheiten gilt, ist derzeit noch zu wenig erforscht. Wichtig in diesem Zusammenhang ist aber eine weitere Aussage der AutorInnen, die besagt, dass Angehörige Gefahr laufen, „nicht nur Stresssymptome, sondern auch eigene psychosomatische Krankheiten“ zu entwickeln. Entsprechende Studien für Angehörige Suchtkranker gibt es laut Andorfer & Schmidt (2007) bereits.

Die AutorInnen beschreiben das co-abhängige Verhalten Angehöriger wie folgt:

„Im Rahmen des co-abhängigen Verhaltens werden von den betroffenen Angehörigen eigene Gefühle und Bedürfnisse negiert. Zudem erfolgt ein übermäßiges Übernehmen von Verantwortung für die Befindlichkeit der suchtkranken Person, und Angehörige streben nach „dem“ perfekten Verhalten, welches im Zusammenleben mit einem suchtkranken Menschen entstehende, belastende Situationen zu kontrollieren vermag. [...] Da es die perfekte Kontrolle in Bezug auf einen suchtkranken Menschen aber nicht gibt, entstehen immer mehr Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit, Schuld, Scham und Angst.“

(Andorfer & Schmidt, 2007, S. 41)

Die AutorInnen fassen zusammen, dass Angehörige Verantwortung übernehmen, die eigentlich die Erkrankten selbst tragen müssten. Diesbezüglich werden genauso Parallelen zu Angehörigen präferenzgestörter PatientInnen vermutet wie in Bezug auf deren Bedürfnisse, um mit der herausfordernden Situation umgehen zu können:

- „Informationen über das Phänomen der Co-Abhängigkeit und Hilfemöglichkeiten
- Erfahrungsaustausch zum Lernen und Ausprobieren, Verständnis, Akzeptanz, Anerkennung und Wertschätzung ihrer bisherigen Bemühungen,
- Feedback zu ihrem bisherigen Verhalten und den Konsequenzen,
- die Erlaubnis wieder an sich denken zu dürfen,
- Hilfe bei der Bewältigung vielschichtiger Ängste und
- Erfolgserlebnisse und Wertschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten.“

(Andorfer & Schmidt, 2007, S. 42)

Angehörige von suchtkranken Menschen bräuchten die Erlaubnis, auf sich schauen zu dürfen. Häufig komme es laut Andorfer und Schmidt (2007) zu einer Verarmung des eigenen Lebens, zu sozialer Isolation und massiver Verunsicherung. Auch die Schuldfrage sei zu klären und habe einen „zentralen Stellenwert“ (Andorfer & Schmidt, 2007, S. 45) in der

Auseinandersetzung mit der Sucht der betroffenen Angehörigen. Es sei besonders wichtig, die Sucht als Krankheit zu verstehen und nicht als Willensschwäche.

Die Einbindung der Angehörigen verfolgt jedenfalls nicht nur das Ziel, den erkrankten PatientInnen in deren Verhalten zu stabilisieren, sondern auch konkrete Hilfe für den Angehörigen selbst anzubieten.

Eher allgemeiner beschreibt Galanter (1993) die Wirksamkeit von „network therapy“ mit suchtkranken PatientInnen. Hier soll ein soziales Netzwerk in die Therapie und Rückfallprophylaxe des/der Patienten/-in einbezogen werden, in regem Austausch mit dem Suchtkranken und den BehandlerInnen stehen und über einen längeren Zeitraum von bis zu mehreren Jahren bleiben.

Besonders interessant scheint eine Therapieform unter Einbezug eines/einer nahen Angehörigen, beispielsweise des/der Ehe- oder Lebenspartners/-in zu sein; die so genannte „Behavioral Couples Therapy BCT“, beschrieben von O’Farrell & Schein (2000). Die Autoren skizzieren ein Vorgehen, welches den PatientInnen sowie gleichberechtigt die jeweiligen PartnerInnen miteinbezieht und sich durchgängig an beide richtet. Ziel dieser Intervention ist es laut Autoren, die Abstinenz des/der süchtigen Betroffenen zu erhöhen sowie die Partnerschaftszufriedenheit zu erhöhen und Kosten einzusparen, die im Falle einer längerfristigen Behandlung mit mehreren Rückfällen aufkommen würden. Zuletzt geht es den Autoren in Bezug auf die BCT darum, häusliche Gewaltbereitschaft und emotionale Probleme der Kinder von suchtkranken PatientInnen zu reduzieren. In ihrem Therapiemanual führen O’Farrell & Fals-Stewart (2006) aus, dass ein kausaler und reziproker Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Unstimmigkeiten in der Partnerschaft bestehen. Negative Auswirkungen von Substanzkonsum führen zu partnerschaftlichen Problemen bis hin zu Trennung und umgekehrt fördern Probleme in der Beziehung den Konsum von Suchtmitteln.

In zwei Abbildungen (Abb. 5 und Abb. 6) skizzieren sie die gegenseitige Beeinflussung wie eben beschrieben.

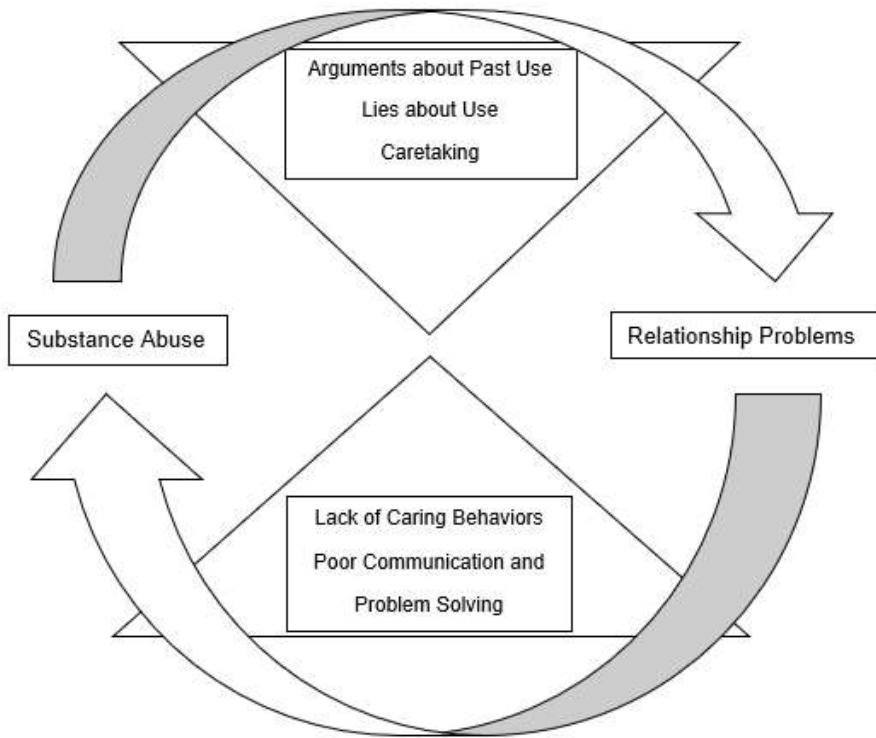


Abb. 5 *Destruktive reziproke Beeinflussung von Substanzkonsum und partnerschaftlicher Zufriedenheit (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). Demnach wirkt sich Substanzkonsum durch Lügen und Streit negativ auf die Partnerschaft aus sowie auch umgekehrt Kommunikationsprobleme und -mangel sowie fehlende Wertschätzung wiederum auf den Konsum von Suchtmitteln.*