

Workshop Veränderung und Autonomie in der „Tätertherapie“

Der Workshop beginnt mit einem Input von Matthias Schmelzle (s. PPP Anhang).

Stichpunkte in der Präsentation sind:

Therapieziele:

An vorderster Stelle der Therapieziele steht in der „Arbeit mit sexuellen Grenzverletzer_innen“ zwangsläufig die Rückfallvermeidung. Das bedeutet allerdings, dass Ziele bzgl. der Persönlichkeitsentwicklung des sexuell grenzverletzenden jungen Menschen nachrangig sind.

Wirkung von Psychotherapie:

Matthias Schmelzle weist darauf hin, dass Untersuchungen nahelegen, dass die wesentlichen Faktoren einer gelingenden therapeutischen Intervention außer-therapeutische Faktoren und die therapeutische Beziehung sind. Spezifische Techniken machen dagegen wahrscheinlich nur einen kleinen Teil für das erfolgreiche Ganze aus.

Für ein Gruppensetting sprechen Faktoren wie die cotherapeutische Intervention seitens der Gruppe und die Atmosphäre einer solchen Runde, dagegen die Redundanz bestimmter Themen und Methoden, sowie die Gefahr einer negativen Aufladung in der Gruppe.

Entstehung von Autonomie:

Autonomie gehört mit zu den psychischen Grundbedürfnissen. Hilfe in diese Richtung kann z. B. auch ein Programm sein, das einerseits einen sicheren Rahmen vorgibt, andererseits aber auch die Möglichkeit zur Entwicklung offen lässt.

Bedürfnisse der Jugendlichen:

Bei dem Versuch Jugendliche in diesem Prozess zu begleiten, bewegen sich Erwachsene bzgl. ihres Erziehungsstils in einem Vierfelderschema, mit folgenden Überschriften: Autoritär, vernachlässigend, verwöhnend und autoritativ. Die Zuordnung erfolgt über die Achsen „wenig-viel Zuneigung“ und „niedrige-hohe Kontrolle“.

Erstrebenswert, wäre nach diesem Modell ein autoritativer Erziehungsstil, der den Jugendlichen u.a. Geborgenheit, Akzeptanz, Grenzen und Strukturen und entwicklungsgerechte Erwartungen, jeweils altersangemessen vermittelt. Die nächste Überschrift leitete als Eingangsfrage die Diskussion aller Teilnehmenden ein.

Austausch und Diskussion zum Thema Kontrolle versus Autonomie:

Die TN stellten eingangs fest, dass der Wunsch Klienten Autonomie zu gewährleisten häufig durch den Druck von „Außen“ gefährdet erscheint. Die Erwartungen der Leistungsträger, in der Regel das Jugendamt, ebenso wie die Angst vor Skandalisierung in den Medien führen oft zu mehr Kontrolle, als von den Fachkräften ursprünglich gewünscht. Oft ist bei den Klienten auch nicht wirklich einschätzbar, ob eine Verhaltensänderung im Rahmen einer „richtigen Entwicklung“ stattfindet oder *nur* Anpassung (im Rahmen von sozial erwünschtem Verhalten) Hintergrund für die Veränderung ist. Freiheiten in Richtung selbstbestimmterer Lebensführung zu bieten, birgt mit dieser Unsicherheit ein gewisses Risiko für die Fachkräfte.

Eine besondere Schwierigkeit stellen offenbar die verschiedenen Stufenprogramme in den Einrichtungen dar (speziell in den Stationären), die zunächst wegen der Vergleichbarkeit ähnlichen Erwartungen an alle Klienten bzgl. des Aufstieges stellten. Inzwischen gehen offenbar immer mehr stationäre Einrichtungen dazu über die Stufenprogramme zu individualisieren, um damit quasi auch ein Stück „konzeptionelle Autonomie“ herstellen zu können.

Einige TN thematisierten die *Angst vor Autonomie*, die z. T. die Einrichtung behindert, die aber auch die Jugendlichen selber blockieren kann. Diese Angst wird oftmals in Entscheidungsprozessen nicht aktiv reflektiert. Es wurde in diesem Kontext auf Ruud Bullens verwiesen, der eine Balance zwischen ‚holding – challenging‘ für die Jugendlichen für wichtig hält.

Wenn den Klienten aufgrund des Settings (spezialisierte Wohngruppe) die eigene Gefährlichkeit kommuniziert evtl. auch suggeriert wird, kann dies auch für Selbstbild und ihr Verhältnis zu Autonomie einschneidende Folgen haben.

Es wird auf die Prinzipien des RNR Modelles verwiesen

Risk principle: Die Behandlungsintensität richtet sich an der individuellen Gefährlichkeit aus. Wer ist der zu Behandelnde?

Need principle: Die Behandlungsziele fokussieren die dynamischen Risikofaktoren. Was ist zu behandeln?

Responsivity principle: Das Setting der Behandlung orientiert sich an der individuellen Ansprechbarkeit des Klienten (seiner kognitive Fähigkeiten, seiner Motivation, seinem kulturellen Hintergrund). Wie ist zu behandeln?

Ein ganz zentrales Thema ist im Hinblick auf die Autonomie unserer Klienten, die Entwicklung und evtl. sogar die aktive Förderung der Entwicklung einer ‚gesunden‘ Sexualität. Das ist eine Herausforderung für die Teams, die in diesem Bereich arbeiten. Sie müssen eine gemeinsame Haltung entwickeln und sich Fragen stellen, ob z. B. auch eine kompensatorische Sexualität im Rahmen eines solchen Prozesses der Jugendlichen akzeptiert werden sollte. Sprich die sexuellen Bedürfnisse und Erfahrungen von Jugendlichen, gerade auch von solchen die allgemein delinquent sind, decken sich oft nicht mit den Vorstellungen die Erwachsene mit dem Begriff ‚gesunde Sexualität‘ assoziieren.

Die Auseinandersetzung mit solchen Fragen sollte proaktiv als Teamentwicklungsthema begriffen werden. Wenn sogenannte Sachzwänge, die einer Autonomie im Wege stehen, sich als eigene Ängste entpuppen, ist es keine leichte Aufgabe dies im Team transparent und kommunizierbar zu machen.

Ein allzu proaktiver Umgang mit dem Thema Entwicklung einer ‚gesunden Sexualität‘ kann aber auch dazu führen, dass die Grenzen der Klienten bzgl. ihres Rechtes auf Intimität verletzt werden. Es herrschte die übereinstimmende Meinung, dass auch dieses Recht auf Intimität zu einem Konzept von Autonomie gehört.

Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es, bezugnehmend auf das Prinzip Autonomie, auch Konsequenzen für die Kontrollplanung geben muss. Konkret bedeutet das, dass in diesen Prozess der Klient/ die Klientin mit eingebunden gehört, gemeinsam mit dem therapeutischen und den pädagogischen Fachkräften. Gerade bei einer solchen Aufgabe ist das ganze System gefordert nicht

nur scheinbare Autonomie zu gewährleisten und trotzdem der Überschrift des Verfahrens ‚Kontrolle und Sicherheit‘ gerecht zu werden.

Kooperation macht auch im Hinblick auf dieses Thema Sinn. Investitionen in die Zusammenarbeit mit den Eltern zahlen sich auf lange Sicht aus.

Fazit: Ein autoritativer Erziehungsstil fordert in der Arbeit mit sexuell grenzverletzenden Jugendlichen einen hohen Arbeitsaufwand. Alle Standardinstrumente müssen daraufhin überprüft werden, ob sie in diesem Kontext funktionieren. Notfalls müssen sie angepasst werden, wie z. B. d Stufenprogramme. Die Anforderungen gehen aber auch in Richtung der Ausstattung der Einrichtungen und der langfristigen Zeitläufte, die für eine erfolgreiche Umsetzung solcher Ziele erforderlich sind.

Damit Autonomie einen Platz im therapeutisch-pädagogischen Setting hat sollte es keine starren, vorgegebenen Standards geben. Im Gegenteil sollten Standards und Kontrolle individuell und transparent thematisiert werden.