

Protokoll Workshop 4:  
„Wann ist eine Therapie beendet? - Nachsorge“  
Leitung: Uwe Ladleif und Nicole Krampe

Teilnehmer

Werner Engelhardt (Grünau Heidenquell), Jan Scholly (Ev. Kinderheim Herne), Barbara Behnen- (Liebig 9 Giessen), Christian Spoden (Fachstelle für Gewaltprävention Bremen), Frau Schidzick-Arnring (EJF-Lazarus GAG in Schwedt), Jens Kersting (Salvator Kolleg Hövelhof), Nina Gering (Salvator Kolleg Hövelhof), Uwe Ladleif (Wendepunkt e.V. Hamburg), Nicole Krampe (Wendepunkt e.V. Hamburg)

Fragestellungen und Anliegen der Teilnehmer an den Workshop:

- Wie ist die Organisation einer Nachsorge und die Finanzierung?
- Welche Merkmale der Therapie werden herangezogen, um das größtmögliche Maß an Sicherheit geben zu können für das Verhalten des Jugendlichen nach der Therapie?
- Wie kann die Überleitung in eine Nachsorge für die Jugendlichen gestaltet werden?
- Ideensammlung für eine Nachsorgekonzeptentwicklung
- Allgemeiner Wunsch nach Anregung, Ideensammlung, Vernetzung
- Wie muss die Verantwortungsübernahme des Jugendlichen aussehen, damit man sagen kann, dass derjenige auch wirklich bereit ist für das Ende der Therapie?
- Wie muss das pädagogische Alltagskonzept für die Jugendlichen ausgestaltet werden? Wie muss es mit einbezogen, flankiert werden? Wie kann das therapeutische Konzept mit dem pädagogischen verbunden werden?
- Umgang mit Grenzfällen, d.h. Jugendliche, die man mit keinem „guten Gefühl“ gehen lassen kann.

Aus den Fragestellungen zu behandelnde Themengebiete des Workshops

- Minimalanforderungen/Kriterienentwicklung – Wann ist die Therapie beendet?
- Fallarbeit
- Nachsorge- Kooperation mit wem?
- Finanzierung
- Nachsorgekonzepte
- Welche Instrumente gibt es in der Nachsorge zur Risikoeinschätzung?

**1 – Wann ist eine Therapie beendet? Welche Kriterien sollten idealerweise gegeben sein? (ambulante und stationäre Therapie)**

**1.1 „Checkliste“ für die Arbeit mit dem Jugendlichen**

- Verantwortungsübernahme für die Tat muss abgeschlossen sein, d.h. der Jugendliche muss über die Taten sprechen können, weitergehende Verinnerlichung durch Opferempathiearbeit (wenn kognitiv möglich), Verantwortungsübernahme für die Folgen (z.B. Wiedergutmachungsleistung in Form eines Briefes), Jugendlicher muss Risikosituationen kennen, in Zukunft erkennen und Alternativen suchen können, die Abwesenheit von Bagatellisierung und Leugnung muss gegeben sein

- Standardisierte Verfahren mit Zertifizierung (z.B. durch schriftliche Tests die die Inhalte der Therapie erfragen)
- Individuell erarbeitete Risikosituationen und Örtlichkeiten für einen sexuellen Übergriff. Der Jugendliche hat die Informationen an wen er sich wann zu wenden hat und bekommt damit auch die Verantwortung für seinen weiteres Verhalten übertragen.
- „Laufzettel“ => der Jugendliche bekommt darauf abgezeichnet, welche Themenbereiche er schon abgeleistet hat und was noch fehlt. Dazu gehören aber individuelle Zusatzaufgaben, wie z.B. zu Hause einem Freund erzählen, was sie getan haben. Dies wird dann überprüft und bei Erfolg auf dem „Laufzettel“ abgezeichnet.
- Selbstreflektionsbogen als flankierende Maßnahme für zu erarbeitende Privilegien, z.B. einen Besuch zu Hause. Darauf müssen dann u.a. Befindlichkeiten vor und nach dem Elternbesuch von dem Jugendlichen differenziert verschriftlich werden.
- Netzwerk mit anderen Tätertherapeuten schaffen, so dass der Jugendliche sich gegebenenfalls nach Abschluss der Therapie vor fremden Therapeuten beweisen muss.
- Durchführung einer Abschluss-Diagnostik: Ressourcendiagnostik, Familiendiagnostik (HIEVE), ASAP, ERASOR, Sozialpädagogische Diagnostik (gesamte Verhaltensbeobachtung über die Therapiezeit)  
=> Ergebnisse im Reflecting Team vor dem Jugendlichen besprechen
- Der Jugendliche sollte soziale Kompetenzen erworben haben, d.h. sich mit der eigenen Person und anderen auseinander zu setzen, Gefühle zu erkennen und zu zeigen (dies ist im stationären Rahmen durch die Pädagogen zu überprüfen, im ambulanten Rahmen z.B. über Familie)
- Entwicklung von altersgemäßer, gesunder und legaler Sexualität. Wichtig ist hierbei zu beachten, aus welchen Motiven heraus das Sexualdelikt begangen wurde?
- Beziehungsstörungen müssen bearbeitet werden, Beziehungsfähigkeit erhöhen, gegebenenfalls durch eine additive Psychotherapie
- Entwicklung einer realistischen Zukunftsperspektive
- Den Abschlussbericht mit dem Jugendlichen durchsprechen und darüber in Diskussion kommen.

## **1.2 „Checkliste“ für die Familien- bzw. Umfeldarbeit**

- Unterstützung in der Abgrenzung zur Familie (wenn es sich um ein problematisches Familiensystem handelt)
- Unterstützung des Jugendlichen bei der Verselbständigung, wenn eine Rückkehr aufgrund der Familienproblematik oder aufgrund des Alters nicht möglich ist (z.B. Wohnungs- und Ausbildungssuche)
- Reintegration in das soziale Umfeld
- Bearbeitung der Scham des Jugendlichen vor der eigene Familie
- Das Familiensystem sollte positiv unterstützt werden, bisherige Strukturen und Problembereiche zu überdenken und zu ändern für eine Wiederaufnahme des Jugendlichen in die Familie
- Die Familie des Jugendlichen sollte eine eindeutige Haltung zu dem sexuell grenzverletzenden Verhalten des Jugendlichen einnehmen. Dazu sollten auch therapeutische Inhalte in die Familienarbeit mit eingebracht werden.
- Gute Zusammenarbeit aller Institutionen, die in dem jeweiligen Fall involviert sind.

## **2 – Nachsorge nach ambulanter oder stationärer Therapie**

- In einer stationären Gruppe stellt sich das besondere Problem, dass nach Beendigung der Therapie der hochstrukturierte Rahmen für den Jugendlichen von jetzt auf gleich wegfällt. Diese Problematik könnte umgangen werden, wenn zwischen der stationären Gruppe und der Verselbständigung eine Zwischengruppe geschaltet werden würde (wie z.B. bereits bei EDUCON geschehen)
- Überlegungen zur Nachsorge müssen am Besten bereits zu Beginn der Therapie ansetzen, dies impliziert u.a. eine ausführliche Diagnostik am Anfang, auf die bei Beendigung zurückgegriffen werden kann.
- Um eine Finanzierung der Nachsorge zu sichern, sollte diese optimalerweise schon in das Behandlungsprogramm mit eingebaut bzw. kalkuliert werden.

## **3 – Besondere Schwierigkeiten - schon während der Therapie und im Hinblick auf die Zeit danach**

- Opfer und Täter-Zusammenführung bei einer Inzesttat. Stationär gibt es die Möglichkeit die beiden solange zu trennen, bis z.B. Kontakt mit der Opferberatungsstelle des Geschwisterkindes aufgenommen werden konnte.
- Wie wird an den Ursachen gearbeitet? Warum hat der Jugendliche sexuell missbraucht, z.B. Motiv zur Bestrafung des Vaters oder Mutters. Wie wird mit eigenem Opfersein umgegangen?
- Jugendliche die in einer Peergroup leben, bei denen eine sexuelle Übergriffigkeit oft praktiziert wird und auch von der Gruppe bagatellisiert wird. Kommen wir als Erwachsene an diese Jugendlichen ran mit unserem Wertesystem?
- Jugendliche müssen sich kritisch mit ihrer Familie auseinander zu setzen, nicht nur bei Inzesttätern. Wie wird damit umgegangen, wenn die Eltern weiter die Tat des Kindes leugnen oder bagatellisieren?
- Wie können Jugendliche, bei denen nach Abschluss der Tätertherapie am besten eine weitere Therapie (z.B. bei Depressionen) angezeigt ist, motiviert werden diese auch anzunehmen. Die Erfahrung zeigt oft, dass diese dort nicht landen und die extrinsische Motivation trotz guter Erfahrung mit dem bisherigen Therapeuten nicht ausreicht, um weitere Hilfe anzunehmen.  
==> Sollte diese weiterführende Hilfe schon während der Tätertherapie eingebunden werden?