

Fachtagsdokumentation



Sehr geehrte Frau Marczinowski (Vorstand Landesverband pro familia),
sehr geehrter Herr Bürgermeister Steinrücke,
sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

„Sie sieht in ihm dem Filmriss, das Leben abrupt gestoppt, kann mit niemandem darüber reden, es macht sie bekloppt. Es liegt Ewigkeiten zurück, gelähmt panisch als passiert es ihr jetzt. Immer auf Scherben laufen, Schweigen ein zu schweres Gewicht, ohnmächtig gegen den Giganten, seinen nächsten verrät man nicht.“

Diese aus meiner Sicht sehr beklemmenden Zeilen aus dem Lied „Sie“ von Herbert Grönemeyer beschreiben nachdrücklich, was Menschen empfinden müssen, die sexuell missbraucht worden sind. Sie zeigen, in welche Nöte Opfer sexueller Gewalt gestürzt werden.

Nachdem sexueller Missbrauch und sexuelle Gewalt an Kindern jahrzehntelang ein Tabuthema gewesen ist, ist es in den letzten Jahren zunehmend in den öffentlichen Focus gerückt. Das Thema hat die Grauzone des Schweigens überwunden, der Handlungsbedarf ist erkannt.

Bei uns im Ennepe-Ruhr-Kreis war eine im Jahr 2000 gemeinsam vom Gesundheitsamt des Kreises und der pro familia EN-Süd kreisweit durchgeführten Umfrage ein wichtiger Ausgangspunkt. Kliniken, Ärzte, Beratungsstellen, Jugend- und Sozialämter dokumentierten nicht nur die Zahl der Fälle, sondern machten auch auf eine ganz besondere Problematik aufmerksam: Missbrauchsoffer im Kindes- und Jugendalter hatten häufig Schwierigkeiten, die richtigen Ansprechpartner zu finden.

Alle Akteure, darunter auch Kreisverwaltung und Kreispolitik reagierten. Seit über drei Jahren existiert nun die Anlaufstelle bei sexuellem Missbrauch der pro familia in Gevelsberg. Sie ist als Clearingstelle zuständig für den südlichen Ennepe-Ruhr-Kreis und wird neben finanziellen Mitteln der Bethe Stiftung auch aus dem Kreishaushalt getragen.

Als Ansprechpartner für Jugendhilfe, Schulen und andere Institutionen bietet die Beratungsstelle fachliche Unterstützung in Verdachtsfällen an und hält Beratung und Therapie für Betroffene vor. Jährlich 70 bis 80 neue Fälle zeigen, die Einrichtung ist – leider – dringend erforderlich.

Unterstützung lieferte auch ein Leitfaden, den zahlreiche Kooperationspartner – darunter die beiden pro familia Beratungsstellen im Kreis und die KISS EN-Süd entwickelt haben. Er enthält rund 120 Ansprechpartner – Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen und Behörden – aus dem gesamten Ennepe-Ruhr-Kreis. Neben den Adressen liefert die Broschüre Informationen darüber, wo sexueller Missbrauch beginnt und was die Folgen sein können, wie mit einem Verdacht umgegangen werden sollte und wie vorgebeugt werden kann. Auch Hinweise dazu, was Opfer und Täter bei einer Anzeige erwartet und wie die rechtlichen Bestimmungen in einem Strafverfahren sind, fehlen nicht.

Besonders bemerkenswert finde ich, dass Betroffene den Mut hatten sich zu äußern und damit anderen Opfern den Mut machen, den Weg aus einer manchmal ausweglos erscheinenden Situation zu suchen

Meine Damen und Herren,
in diese Reihe der genannten Aktivitäten passt auch der heutige Fachtag, den ich aus den genannten Gründen außerordentlich begrüße. Wie notwendig auch diese Veranstaltung ist, unterstreichen folgende Tatsachen: Die Zahl der Anmeldungen war größer als die Zahl der vorhandenen Plätze (120) und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen nicht nur aus dem Kreisgebiet, sondern aus ganz Nordrhein-Westfalen.

Seine Premiere erlebte der Fachtag im September 2004, Veranstalter waren damals wie heute die pro familia und der Fachbereich Gesundheit des Ennepe-Ruhr-Kreises. Unter dem Motto „Was Kinder schützt – Was Kindern nützt“ referierten Experten vor einem voll besetzten Saal in der Schwelmer Helios Klinik.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer, die sich aus Erziehern, Anwälten, Jugendamtsmitarbeitern, Kinderärzten, Lehrern und anderen Berufsgruppen zusammensetzen, zeigten, dass ein hoher Bedarf an Information und auch an einem interprofessionellen Austausch besteht.

Meine Damen und Herren,
Inhalt und Ziel der heutigen Tagung wird die Diskussion über familienorientierte Interventionsansätze bei innerfamiliärem sexuellen Missbrauch sein. Die besondere Problematik bei dieser „Ausgangslage“ wird an folgendem Beispiel deutlich:

Der missbrauchende Vater ist auch eine wichtige Bezugsperson für das betroffene Kind und seine Geschwister, er ist Ernährer der Familie und oft langjähriger Ehepartner. Diese vielfältige Dynamik macht den Blick auf die Familie als Ganzes notwendig und unverzichtbar. Nur so kann dem betroffenen Kind angemessen geholfen werden.

Den Einstieg in den Fachtag liefern die Referate von Dr. med. Rainer Dieffenbach, Chefarzt an der vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, und Prof. Dr. Arnfried Bintig, Diplom-Psychologe und Professor an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Köln. Im Anschluss findet eine Podiumsdiskussion mit den Referenten und Vertretern des regionalen Netzwerkes statt.

Die sind Meinhardt Esser (Leiter des Jugendamtes Schwelm), Gisa Müller (Ärztin im kinder- und jugendärztlichen Dienstes Fachbereiches Gesundheit), Markus Guhl (Mitarbeiter der pro familia HORIZONTE in Witten für die Prävention), Antje Prämaßing (Dipl.-Psychologin für die Beratung und Therapie in der Anlaufstelle bei sexuellem Missbrauch in Gevelsberg). Die Leitung der Diskussion übernimmt Katrin Johanna Kügler vom Fachbereich Gesundheit des Ennepe-Ruhr-Kreises.

Für Ihre heutige Tagung wünsche ich Ihnen interessante Vorträge und anregende Diskussionen und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Familiendynamik bei sexuellem Missbrauch von Dr. Rainer Dieffenbach

Familiendynamik

- Familiendynamik als die Kräfte, die innerhalb einer Familie wirken
–Besonders die Beziehungen, die Kommunikation und die Summe der aller Handlungen

Sexuelle Gewalt bzw. sexueller Missbrauch

- sexuelle Gewalt als die Handlungen, die von einem der Beteiligten zur sexuellen Befriedigung oder Stimulierung ausgeübt werden
- Die von der Anderen oder einer der Beteiligten nicht gewollt oder abgelehnt werden
- Oder aber von dem Anderen nicht verstanden werden und auch nicht verstehbar sind
- Die außerhalb von Erziehung nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht aller Beteiligten übereinstimmen

Die von der Anderen nicht verstanden werden und auch nicht verstehbar sind

- Zum Beispiel weil die sexuelle Stimulierung oder Befriedigung des Initiierenden wegen der alterstypischen oder kognitiven Entwicklung noch außerhalb des Verständnisses des anderen Beteiligten ist

Historie

- Familiendynamik bei sexueller Gewalt innerhalb der Familie
-Z.B. Inzest
- Familiendynamik bei sexueller Gewalt außerhalb der Familie

•Familiendynamik bei sexueller Gewalt innerhalb der Familie

- Erzwungener Inzest als Tabu lässt sich sehr lange zurückverfolgen, mit Ausnahmen bei Familien aus dem herrschenden Geschlechtern
- Ist abhängig von der Neigung von Menschen, sich in von der Reproduktion abhängigen Gruppen zusammen zu tun
- Ist abhängig von dem Wissen, wie Kinder entstehen

Facts zu Familien mit sexueller Gewalt

- Adoleszente, die sexuell gewalttätig sind stammen im Vergleich zu anderen Gewalttätern aus Familien mit mehr familiärer Gewalt und Familien mit einer höheren Inzidenz von physischer und sexuellen Abusus (*Duane et al.*)
- Eltern von jugendlichen Gewalttätern haben eine spärlichere Kommunikation miteinander als normale Vergleichsgruppen (*Bischof et al.*)

Facts

- Physische Gewalt, allein stehende Eltern und Erziehungsprobleme sowie Verhaltensauffälligkeiten sind häufiger bei adoleszenten sexuellen Gewalttätern (*O'Reilly et al.*).
- Familien mit jugendlichen (sexuellen) Gewalttätern zeigen mehr familiäre Dysfunktionen im Bereich des emotionalen Ausdrucks und der Verhaltenskontrolle (*Moos and Moos*).

Facts Welch und Fairburn

- Bulimie und sexuelle Erfahrung
- Sexueller Missbrauch ist ein generelles Risiko für die Entwicklung von psychiatrischen Störungen
- Engt man sexuellen Missbrauch auf stattgefundenen sexuellen Verkehr ein, dann erscheint er als deutlicher Risikofaktor für eine Essstörung

Facts Willenberg

- Die Erhöhung der Inzidenz von sexuellen Missbrauchserlebnissen gilt besonders für die Bulimie und für atypische Formen der Anorexie
- Die pathogene Wirkung von Missbrauch wird erhöht, wenn körperlicher Kontakt bzw. realer Verkehr stattgefunden hat

Facts Rose

- Substanzmittelmissbrauch ist ein Risikofaktor
- In der Herkunftsfamilie
- Folgeerscheinung bei Opfern sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlung

Facts Wikins und Coid; Green

- Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung in der Vorgeschichte von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten:
- 34 % schwerer sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung im Vergleich zu 7% der KG
- 40 % der misshandelten (-missbrauchten) Kinder zeigten selbstverletzendes Verhalten im Vergleich zu 6,7% der normalen Kinder

Facts Eckhardt

- Selbstverletzendes Verhalten tritt im hohen Ausmaß in einem direkten Zusammenhang mit schweren wiederholten körperlichen und sexuellen Missbrauchserlebnissen bei gleichzeitigem Fehlen protektiver Faktoren auf.

Facts Egle; Boisset-Piolo

- Belastungsfaktoren chronischer Schmerzpatienten (kontrollierte Studien):
- 33% körperlicher Misshandlung und 14% sexueller Missbrauch
- 37% Fibromyalgie Patienten sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend

ACE Studie Felitti

Die ACE-Studie: Kindheitsbelastungen bei 17.000 Mittelschicht- Amerikanern, je nach Häufigkeit 0 bis 8 Punkte

- wiederholter körperlicher Missbrauch
- wiederholter emotionaler Missbrauch
- sexueller Missbrauch
- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis
- die Mutter erlitt körperliche Gewalt
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache

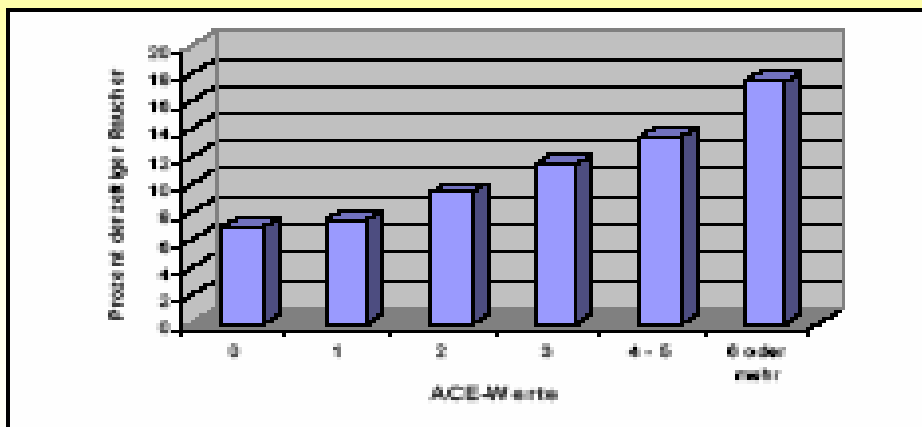
Wir befragten diese 18.000 reiwilligen bezüglich acht unterschiedlicher Kategorien des kindlicheh Missbrauchs und der elterlichen Belastungsfaktoren (Dysfunktionen). Die Missbrauchskategorien waren: wiederholter körperlicher Missbrauch, wiederholter emotionaler Missbrauch und sexueller Missbrauch.

Die fünf Bereiche der familiär-elterlichen Belastung (Dysfunktionen)

- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis,
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt,
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank,
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal,
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache.

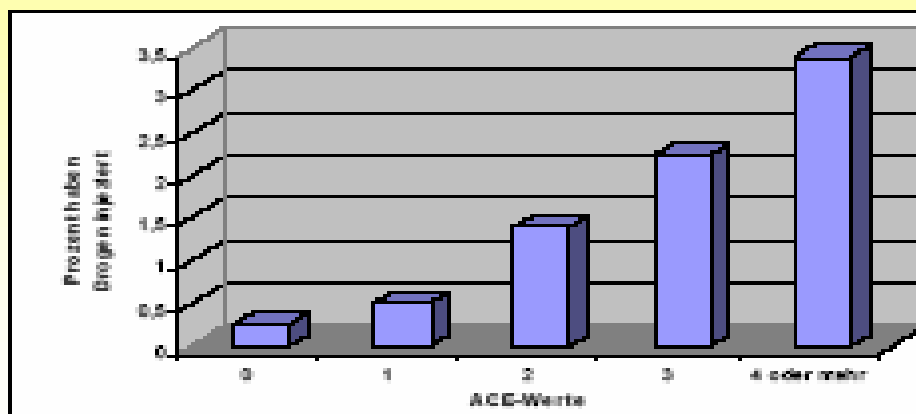
ACE Studie

ACE-Werte und Rauchen



ACE Studie

ACE-Werte und intravenöser Drogengebrauch



ACE Studie

Kindheitsbelastungen und Gesundheit im Erwachsenenalter

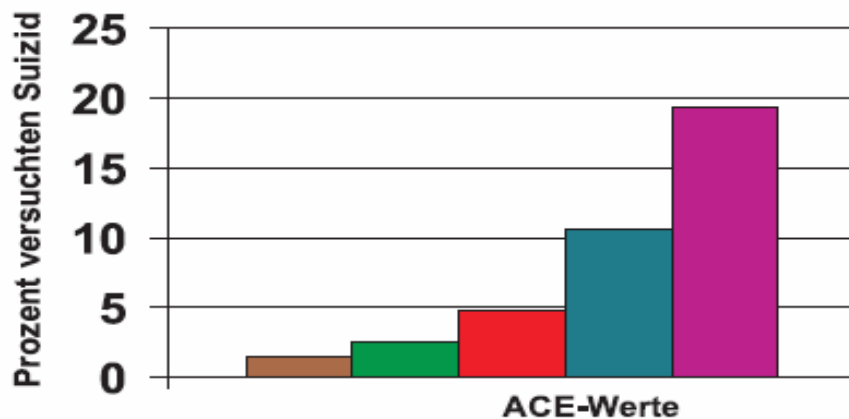


Abbildung 4: ACE- Werte und Suizidversuche

ACE Studie

Kindheitsbelastungen und Gesundheit im Erwachsenenalter

365

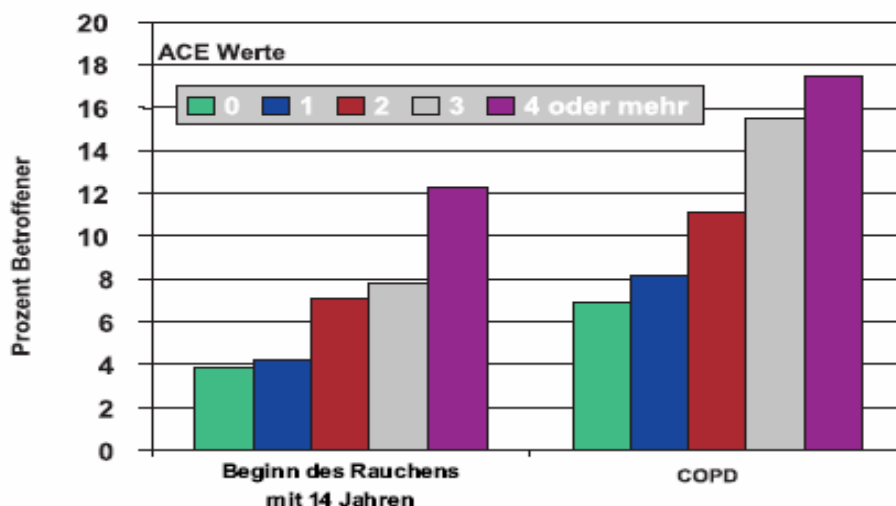


Abbildung 2: ACE- Werte und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

ACE Studie

„Die ACE-Studie ist eine Herausforderung, die gegen die derzeitigen oberflächlichen Konzeptionen von Depression und Suchterkrankung gerichtet ist. Sie zeigt, dass diese Störungen in einem klaren und eindeutigen Dosis-Wirkungsverhältnis zu früheren Lebenserfahrungen stehen“ (Felitti)

Die ACE-Studie ist das Ergebnis von Beobachtungen, die wir Mitte der achtziger Jahre in einem Adipositas-Programm machten; dieses Programm hatte hohe Drop-out-Raten. Das erste Unerwartete war, dass die Mehrheit der Drop-outs erfolgreich Gewicht verlor. Zufällig und zu unserer Überraschung erfuhren wir aus den detaillierten biographischen Interviews von 286 adipösen Teilnehmern, dass Missbrauch in ihrer Kindheit bemerkenswert häufig war und, wenn vorhanden, immer ihrer Übergewichtigkeit voranging. Kein Arzt hatte vorher diese Informationen von diesen Patienten erhoben, trotzdem waren sich viele Patienten des Zusammenhangs zwischen ihrem Missbrauch und dem Übergewicht klar bewusst. Wider Erwarten war für viele

Betroffene ihr Übergewicht überhaupt nicht das Problem; es war ihre protektive Lösung für Probleme, die in der Vorgeschichte von niemandem anerkannt worden waren. Eine bemerkenswerte Einsicht stammte von einer Frau, die im Alter von 23 Jahren vergewaltigt worden war, und im folgenden Jahr 105 Pfund an Gewicht zunahm. Wer Übergewicht hat wird übersehen, und das ist für mich der Weg den ich gehen muss.

Etwa ein Viertel war zwei dieser Belastungskategorien ausgesetzt und einer von 16 erlebte vier belastende Bereiche während seiner Kindheit. Wenn eine Belastungsform auftrat, liegt eine Wahrscheinlichkeit von 80 % vor, dass es auch in einem anderen Bereich zu Belastungen kam. Natürlich ist dies durch soziale Tabus gut abgeschirmt.

Als wir bei Patienten mit einem ACE-Wert von Null und mit einem ACE-Wert von vier die Häufigkeit von Hepatitis-erkrankungen untersuchten, fanden wir einen Zuwachs in der Häufigkeit von Hepatitis um 240 %.

Eine zunehmende Dosis-Wirkung war bei jeder einzelnen Punkterhöhung des ACE-Wertes vorhanden. Dem entsprechen die Ergebnisse bezüglich der sexuell übertragbaren Erkrankungen: der Vergleich der Patienten mit einem ACE-Wert von Null und einem ACE-Wert von vier zeigte bei einem adjusted odds ratio eine Zunahme der Häufigkeit um 250 %.

ACE

Nach unseren Ergebnissen wurden 22% der Mitglieder von Kaiser's Permanent (Versicherung) als Kinder sexuell missbraucht.

Familiendynamik *Willenberg*

●Studienlage

–Missbräuchliche Handlung ist als ein Symptom einer nicht selten seit mehreren Generationen pathologischen Familiendynamik

Familiendynamik

1. Emotionale Bindungen
2. Verhaltensbegrenzungen
3. Modelle für soziales Verhalten
4. Einstellungen
5. Meinungen
6. Überzeugungen
7. Erfahrungen unterschiedlichster Art
8. Denkprozesse
9. Gefühlsabläufe
10. Intentionale Ausrichtungen

Emotionale Bindungen

●Sexueller Missbrauch

–Die grundsätzliche Notwendigkeit, emotionale Bindung im Sinne der positiv getönten Voraussagbarkeit, dass der andere es gut mit einem meint (Urvertrauen) wird gestört

–Folge: der betroffene Mensch kann die auf emotionale Bindung aufbauenden Lernerfahrungen selektiv oder global nicht nutzen

●FD: Familiendynamik mit Misstrauen, Dominanz von Machtstrukturen, Tabuisierungen und Unsicherheit

Verhaltensbegrenzungen

●Sexueller Missbrauch

–Haltgebende Begrenzungen von Verhalten von Kindern werden wegen der Erpressbarkeit ausgedehnt oder aus Furcht repressiv eingeschränkt

–Folge: Kinder finden sich in paternalisierten Positionen wieder oder werden unterdrückt

●FD: Familien mit verwindenden oder extrem ausgeprägten Generationsgrenzen

Modelle für soziales Verhalten

- Sexueller Missbrauch
 - Bedürfnisse des anderen werden nicht berücksichtigt, missinterpretiert oder unterdrückt
 - Folge: die Betroffenen sind sich ihrer Gefühle sehr unsicher oder unklar, inwieweit sie ein Recht auf Gefühle haben
- FD: inkongruenter Austausch über Gefühle und Bedürfnisse mit Entstehung ständiger Missstimmung und Undeutlichkeiten

Einstellungen

- Sexueller Missbrauch
 - Unrecht und Recht werden beliebige Varianten des Umgangs oder es gibt ausgestanzte Bereiche, in denen Recht gebrochen wird
 - Folge: Kinder haben in der Gewissensbildung große Probleme und Schwierigkeiten im Verinnerlichen von Gut und Böse
- FD: In der Familie wird selektiv oder global doppelte Buchführung betrieben und Unehrlichkeit hat Methode

Meinungen

- Sexueller Missbrauch
 - Meinungen und Meinungsbilder kommen unter das Diktat der Bedürfnisbefriedigung des Mächtigen im System
 - Folge: Kinder wissen nicht, ob sie Meinungen haben dürfen und wie diese mitzuteilen sind
- FD: Entwicklungshemmendes Familienklima mit Unterdrückung von entwicklungsnotwendiger Meinungsfreiheit

Überzeugungen

- Sexueller Missbrauch
 - Überzeugungen als Transformationsprozess eines familiären Konsens zu einem intrapsychischem Gerüst Halt-Gebender Ideen ist sehr eingeschränkt
 - Folge: die Betroffenen haben überdauernd Unsicherheit, sich in strukturgebende Prozesse ein zu begeben
- FD: Familien mit asymmetrischen Konsensbildungen und entweder steilen Hierarchiesystemen oder verwischenden Hierarchiesystemen

Erfahrungen unterschiedlichster Art

- Sexueller Missbrauch
 - Erfahrungen bekommen häufig etwas Unwirkliches oder Unstetes
 - Folge: Neigung, Erfahrenes zu entwerten oder zu vergessen (dissoziieren)
 - FD: Familien mit Brüchen in der Handlungskontinuität und Lücken im Handlungsvollzug

Denkprozesse

- Sexueller Missbrauch
 - Die Denkprozesse stimmen nicht mit den Handlungssystemen überein, die Kongruenz von Denken und Fühlen wird unterbrochen
 - Folge: die Wirklichkeitswahrnehmung unterstützenden Denkprozesse werden unterlaufen
- FD: Familien bekommen eine erhebliche Schräglage zwischen der Binnenwahrnehmung und der von außen wahrgenommenen Wahrnehmung (welche normalerweise als Korrektiv dient)

Gefühlsabläufe

- Sexueller Missbrauch
 - Gefühle sind nicht eingebettet in verlässliche Beziehungen sondern losgelöst ohne interpersonales Interpretationsgerüst
 - Folge: die Betroffenen sind sich ihrer Gefühle unsicher und entwickeln kein stabiles Selbst (Selbstwertgefühl ect. ect.)
- FD: Familien geben ihren Familienmitgliedern keine sicheren Anleitungen, wie mit Gefühlen umgegangen werden kann

Intentionale Ausrichtungen

- Sexueller Missbrauch
 - Es stellt sich oft eine nachhaltige Störung der Zukunftsorientierung und des Handlungsaufbaus mit Beginn, Aufrechterhaltung und Beendigung ein
 - Folge: die betroffenen Kinder sind zutiefst verunsichert, inwieweit es erstrebenswert ist, auf die Zukunft zu bauen und entsprechende Anstrengungen zu unternehmen
- FD: Familien sind oft nicht in der Lage, ihren Mitgliedern Unterstützung bei der Individuation zu geben und die nötigen Entwicklungshilfen anzubieten, sich auf die Zukunft vorzubereiten

Zusammenfassung FD

- Familiendynamik mit Misstrauen, Dominanz von Machtstrukturen, Tabuisierungen und Unsicherheit
- Familien mit verwindenden oder extrem ausgeprägten Generationsgrenzen
- inkongruenter Austausch über Gefühle und Bedürfnisse mit Entstehung ständiger Missstimmung und Undeutlichkeiten
- In der Familie wird selektiv oder global doppelte Buchführung betrieben und Unehrlichkeit hat Methode
- Entwicklungshemmendes Familienklima mit Unterdrückung von entwicklungsnotwendiger Meinungsfreiheit

Familiendynamik

- Familien mit asymmetrischen Konsensbildungen und entweder steilen Hierarchiesystemen oder verwischenden Hierarchiesystemen
- Familien mit Brüchen in der Handlungskontinuität und Lücken im Handlungsvollzug
- Familien bekommen eine erhebliche Schräglage zwischen der Binnenwahrnehmung und der von außen wahrgenommenen Wahrnehmung (welche normalerweise als Korrektiv dient)
- Familien geben ihren Familienmitgliedern keine sicheren Anleitungen, wie mit Gefühlen umgegangen werden kann
- Familien sind oft nicht in der Lage, ihren Mitgliedern Unterstützung bei der Individuation zu geben und die nötigen Entwicklungshilfen anzubieten, sich auf die Zukunft vorzubereiten

Familiendynamik und Missbrauch

- Systeme unterschiedlicher Ursachen und Auswirkungen auf die Familienmitglieder
- Psychopathologische, somatische und problembehaftete Wirkungen für die Familienmitglieder
- Mehrgenerationale Tradierung von spezifischen Verhaltensvorstellungen

Handlungsbedarf

- FD und sexuelle Gewalt
 - Bei symptomatischen Familienmitglieder (z.B. somatoforme Störungen, Selbstverletzungen, Suchtstörungen und körperliche Störungen)
 - Bei Problembehafteten Familienmitgliedern (z.B. deutliche Einschränkung der Leistungsmöglichkeiten, der Lebensqualität, der Libido und der Lebensbewältigung)
 - Bei andauernder Gewalt : Lösungen mit der Familie und in unterschiedlichen Subsystemen

Literaturverzeichnis			
A comparison of the family systems of adolescent sex offenders and non sexual offending delinquents	Familiy Relations	41:318-323	1992
Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood.	JAMA	282, 1359-1364	1999
Profiles of Parents of Adolescent CSA Perprtrators	Child Abuse Review	Vol12 Nr 1 , S 5-24	2003
Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan	JAMA	286:3089-3096.	2001
Im Krieg mit dem Körper - Autoaggression als Krankheit	Reinbeck: Rowolth		1994
The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead	Z Psychosom Med Psychother 48	359-369	2002
Self-destructive behaviour in battered children	Am J Pschiat	135: 579-83	1978
Family Environment Scale Manual 2nd edition	Consulting Psychologists Press		1986
A descriptive study of adolescent sexual offenders in an Irish community - based treatment programme.	The Irish Journal of Psychology	19: 152-167	1998
Responding to hidden abuse: a role for a social work in reforming mental health system	Social Work	36: 408-13	1991
What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research.	Am J Prev Med	14: 356-360	1998
Sexul abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons	Am J Psychiat	151: 402-6	1994
Selfmutation in female prisoners:An indicator of severe psychopathology	Crim Behav Ment Health	1: 247-267	1991
Mit "Leub und Seel" und Mund und Händen	In:Hirsch (Hg) Der eigene Körper als Objekt, Springer	170-220	1989

Arnfried Bintig

Der Umgang mit Inzest und Inzestfamilien: Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor rund 100 Jahren galten inzestuöse Übergriffe in unserem Kulturkreis als so selten, dass sie von der Medizin und den Verhaltenswissenschaften kaum beachtet wurden; wissenschaftlich waren sie nahezu non-existent. „Natürlich“ (aus unserer heutigen Sicht) gab es sie trotzdem und mit ihren Auswirkungen musste gesellschaftlich umgegangen werden. Wie dies geschah, möchte ich zuerst verdeutlichen.

Im zweiten Teil beschreibe ich das heute am meisten praktizierte Modell des Umgangs mit Inzest: Der Täter wird verurteilt - soweit er überhaupt angezeigt, angeklagt und überführt wird - und zahlt eine Geldstrafe, zuweilen verbüßt er eine Haftstrafe in einer Justizvollzugsanstalt; in der Regel wird er lediglich für eine Weile weggesperrt. Das (ehemalige) Inzestopfer erhält gelegentlich ein psychotherapeutisches Angebot. Die übrigen Familienangehörigen (Mutter, Geschwisterkinder) müssen mit ihrer desolaten Situation alleine fertig werden. Trotz seiner vielen Nachteile ist das gängige Modell sehr zählebig.

Zumindest eine Alternative im Umgang mit Inzest gab es Anfang der 90er Jahre in den Niederlanden; ich stelle sie vor, da sie in Deutschland bislang kaum bekannt ist. In einem großen Modellversuch in Rotterdam wurden dort die Täter einer Behandlung unterzogen und den Familienmitgliedern wurde ein Behandlungsangebot unterbreitet.

Dieses Modell wurde bei uns relativ wenig diskutiert und war - wie sich erst im letzten Jahr herausstellte - auch nicht allzu effektiv. Die Gründe dafür hoffe ich Ihnen anhand einiger Überlegungen darüber plausibel machen zu können, was das jeweilige Modell für das emotionale Wohlbefinden der (Fach-) Öffentlichkeit bedeutet.

Den Abschluss des Referats bildet die Skizze der Konzeption einer Weiterentwicklung des Niederländischen Modells.

1. Das Anstalt - Modell

Noch zu Beginn unseres Jahrhunderts wurde die Tatsache sexueller Übergriffe von Familienangehörigen auf ihre (Stief-) Kinder - zumeist Töchter - ignoriert. Wissenschaftlich wurde nicht darüber diskutiert, das Thema war tabu. Freud ging zunächst strikt davon aus, dass alle späteren Psychoneurosen im frühkindlichen sexuellen Missbrauch durch einen Erwachsenen ihren Ursprung haben. Diese radikale These differenzierte er 1896 und wechselte später mehrfach seine Position, was bis heute zumeist dahingehend interpretiert wird, dass er der Auffassung gewesen sei, dass es sich bei den Versuchen von Frauen (und wenigen Männern), inzestuöse Übergriffe öffentlich zu machen, wohl eher um deren libidinöse Phantasien gehandelt habe als um Tatsachen. Dies ist zwar nicht ganz richtig (Gekle 1994, Mayr 2000), passt aber zu der damaligen gesellschaftlichen Gesamtstimmung, zum „Tabuthema Inzest“: Es hatte derartige Übergriffe in der Realität einfach nicht zu geben.

Wenn ein Mensch derartiges behauptete, dann war er (oder öfter noch: sie) „krank“. Nahm diese „Krankheit“ beträchtliche Ausmaße an und begann, den Ruf des Beschuldigten und seiner Familie zu schädigen, wurde das Opfer sexueller Übergriffe nicht nur als „krank“, sondern als „verrückt“ oder „irre“ definiert und einer entsprechenden psychiatrischen Krankenbehandlung nach den damals modernsten wissenschaftlichen Methoden der Zeit unterzogen. Erschien eine stationäre Behandlung notwendig, wurde ein solches Inzestopfer in eine Irrenanstalt eingewiesen.

Das hatte für die Familie zur Folge, dass der „Störenfried“ ausgeschlossen wurde, die Ehre (und Ehe) war (vorläufig) gerettet und der Täter konnte sich in aller Ruhe einem weiteren seiner Kinder zuwenden; nach unserem heutigen Erkenntnisstand tat er dies auch allzu oft.

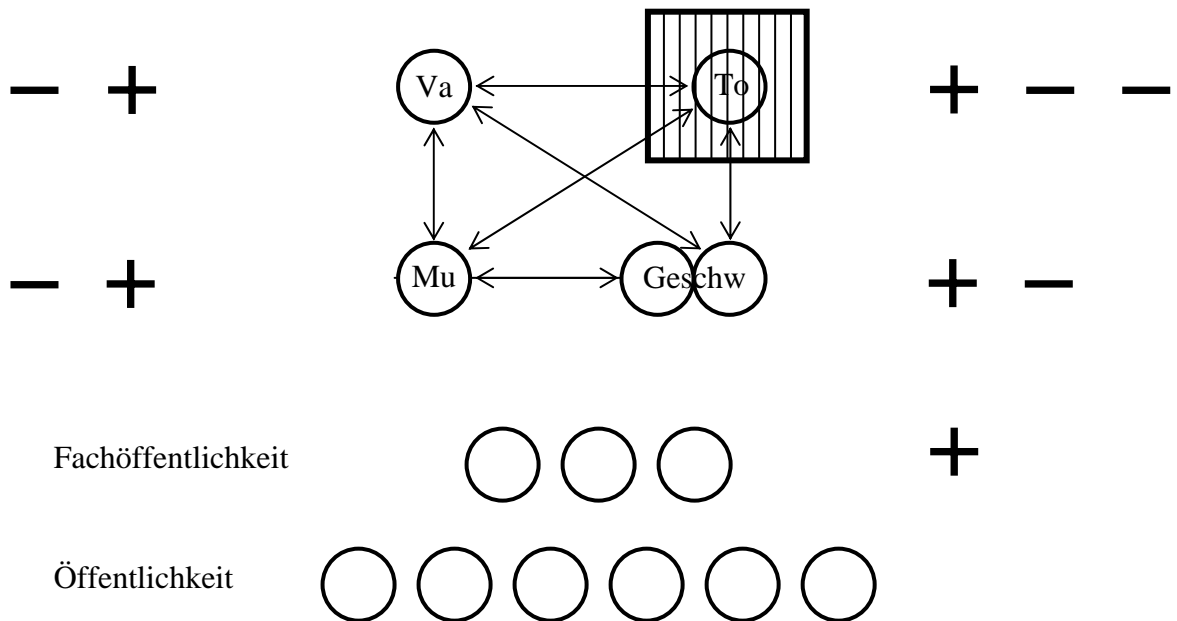
Wenn wir uns eine Modellfamilie mit Vater (Täter), Tochter (primäres Opfer), Mutter und Geschwisterkindern (sekundäre Opfer) vorstellen, ergibt sich folgendes Bild:

Die Tochter ist isoliert in einer Anstalt. Keiner glaubt ihr und sie hat gute Chancen, durch diese Behandlung wirklich „verrückt“ zu werden. Nach unserem derzeitigen Erkenntnisstand ist es ja bei der Aufarbeitung von sexuellem Missbrauch ein wichtiger Schritt, dass die ehemaligen Opfer lernen, den eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen zu trauen, auch selber zu glauben, was sie an „Unglaublichem“ durch den eigenen (Stief-) Vater erlebt haben. Bleibt dieser Lernprozess aus, oder wird er gar verwehrt, werden viele Opfer mehr und mehr verwirrt und eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands mit zumeist auch psychiatrischem Krankheitsbild ist nicht auszuschließen.

Zwar ist der Missbrauch nach einer Einweisung zunächst einmal beendet, was der Tochter Erleichterung verschafft (dieser positive Aspekt soll visuell gekennzeichnet werden durch ein „+“). Ergänzt werden müssen aber auch die negativen Einflüsse, die Separation von der Familie (-) und besonders auch das erlebte Unrecht (-). Dem Täter dagegen geht es nicht so schlecht: Er ist ohne Konsequenzen davongekommen (+) und muss lediglich „verkräften“, seine Tochter nicht mehr missbrauchen zu können, mit seinem schlechten Gewissen und dem Stigma leben, eine „verrückte“ Tochter zu haben (-). Den übrigen Familienmitgliedern geht es zwiespältig: einerseits stehen sie der „Krankheit“ hilflos und diffus unbehaglich gegenüber (-), andererseits wännen sie aber die Tochter / Schwester in guten Händen (+).

Nehmen wir die (Fach-) Öffentlichkeit hinzu, ergibt sich hier folgendes Bild: Die Fachmenschen (damals: Fachmänner) sind zufrieden, einen kranken Menschen optimal zu versorgen (+). Die „breite“ Öffentlichkeit nimmt von den gesamten Vorgängen wenig Notiz.

In einem Schaubild könnte man die Lage und emotionale Verfassung aller Beteiligten etwa so darstellen:



Fazit des Anstalt-Modells:

Das Inzestopfer wird in unerträglicher Weise zusätzlich bestraft, der übrigen Familie geht es nicht allzu schlecht, den Täter eingeschlossen. Die Fachöffentlichkeit ist - mangels besseren Wissens - zufrieden, die Öffentlichkeit nimmt keine Notiz.

2. Das Knast-Modell

Es ist sicherlich einer der großen Verdienste der Frauenbewegung, erzwungen zu haben, dass sexuelle Übergriffe von Männern auf Frauen und Kinder heute ernster genommen werden als jemals zuvor. Das Tabu ist gebrochen: über Übergriffe darf endlich (auch in den Wissenschaften) offen gesprochen werden. Inzest ist auch öffentlich zu dem geworden, was Inzest schon immer war: eine bittere, alltägliche Realität.

Das erschloss und erschließt neue Umgangsmöglichkeiten. Zunächst hat sich das Anzeigeverhalten verändert: seit 15 Jahren wagt es eine größere Zahl von (ehemaligen) Opfern, Anzeige zu erstatten; die zuständigen Institutionen sind mit dem Straftatbestand vertrauter und geschulter als früher - wenn auch hier immer noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist. Durch den veränderten Umgang mit Anzeigen und den Anzeigenden durch Polizei und Schwerpunktstaatsanwaltschaften kommt es auch vermehrt zu Anklagen und Verurteilungen und - spätestens im Wiederholungsfall - zu mehr Haftstrafen. Soweit ist dies eine positive Entwicklung.

Leider hat sich auf der Ebene des Strafvollzugs bisher nicht viel verändert: in den Justizvollzugsanstalten können die Täter lediglich weggeschlossen werden, eine Aufarbeitung und Auseinandersetzung mit der Tat findet – trotz der Strafrechtsänderung 1998 – in der Regel nicht statt.

Nun schätzen Experten die Rückfallquoten sehr unterschiedlich ein. Ausgehend von den „harten“ statistischen Daten der Untersuchungen über verurteilte Kindesmissbraucher liegt deren einschlägige Rückfälligkeit bei „lediglich“ ca. 22% (Elz 2001); bei 70% könne man von „Einmaltätern“ ausgehen (KrimZ 2003). Verurteilte Täter machen jedoch nur ca. 6,3 % der angezeigten Fälle aus (oder gar nur ca. 1,3 % der von der UNICEF geschätzten Gesamtzahl der Fälle; vergl. Bintig 2003) und sind damit nicht unbedingt repräsentativ für alle Täter, besonders nicht für die, die nie überführt wurden.

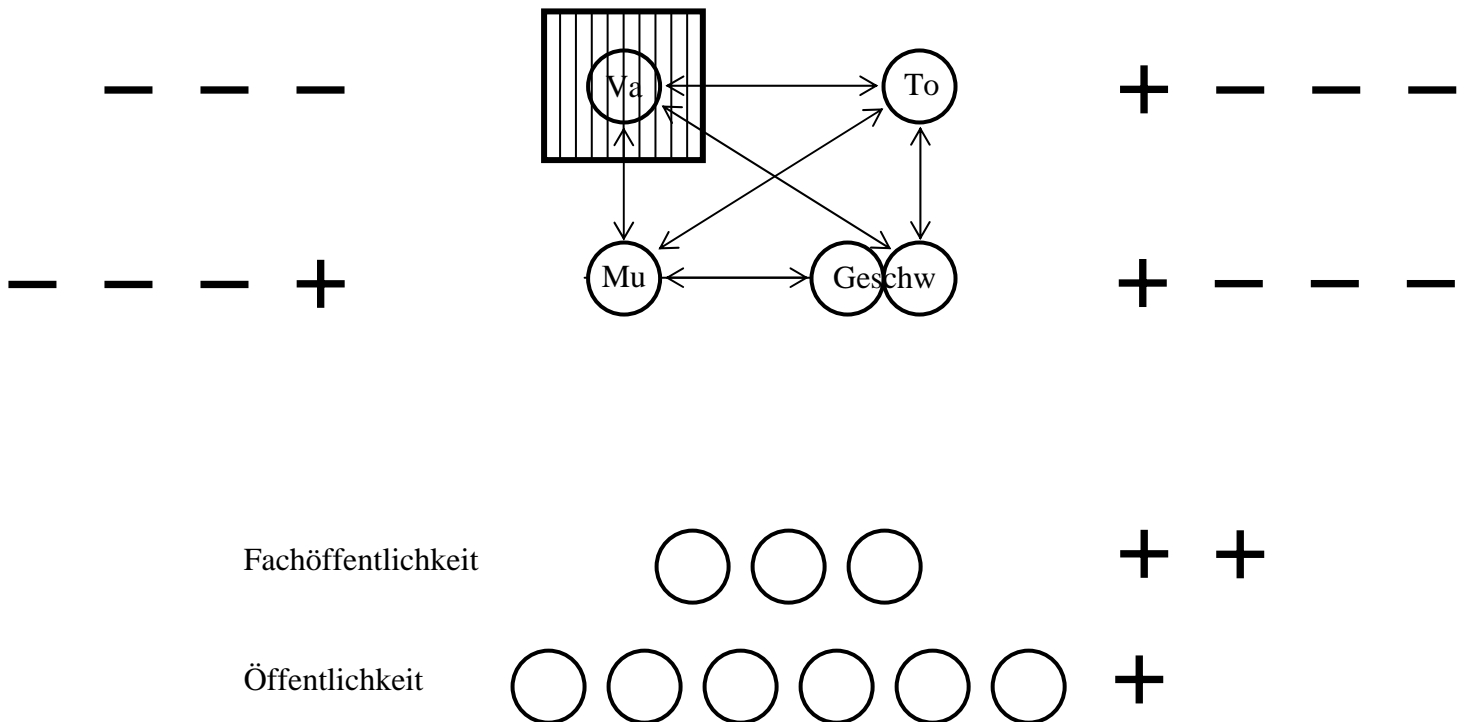
Aus klinischer Sicht (aus der Arbeit mit Opfern wie mit Tätern) ergibt sich ein anderes Bild: die meisten Täter haben mehrere Opfer missbraucht, zumindest aber mehrere bis viele Taten über längere Zeiträume begangen: „Einmaltäter“ sind aus meiner klinischen Erfahrung sehr, sehr selten. Von den von mir behandelten ca. 300 Missbrauchern konnten mich lediglich zwei überzeugen, „nur“ ein Kind „nur“ einmal missbraucht zu haben; fast alle übrigen konnten im Laufe der Therapie mehrere Taten zugeben. Diese subjektiven Eindrücke korrespondieren gut mit den Ergebnissen von Abel & Rouleau (1990), in deren großer Untersuchung inhaftierter Sexualstraftäter auch 203 Inzesttäter anonym befragt wurden: diese gaben zu, im Schnitt jeweils 78 Taten an 1,7 Opfern begangen zu haben (vergl. auch Bintig 2003).

Betrachten wir nun unsere Modellfamilie. Der Vater ist im Knast; es geht ihm nicht gut (-). Die Tochter ist zunächst erleichtert, dass die Übergriffe nicht mehr möglich sind (+). Sie hat aber gleichzeitig ein schlechtes Gewissen, weil sie Schuld daran zu sein glaubt, dass der Vater durch ihre Anzeige verurteilt worden ist (-); allzu oft ist sie auch derartigen Vorwürfen durch Familienmitglieder ausgesetzt.

Die Mutter ist ebenfalls zwiespältig; einerseits ist sie zumeist froh, dass der Missbrauch zu Ende ist (+), andererseits vermisst sie häufig ihren Mann als Lebenspartner (-); sie versteht häufig nicht, wie „es“ dazu kommen konnte, ist hilflos und bleibt in der Regel ohne professionellen Ansprechpartner (Bintig 2002). Den Geschwisterkindern geht es ähnlich. Dazu kommt, dass die Familie durch das Bekanntwerden des Inzests sozial isoliert und von Freunden und Nachbarn gemieden wird, was alle Betroffene schmerzlich erleben müssen (-). Schließlich ist noch zu betonen, dass die Familie durch den Ausfall des Ernährers in der traditionellen Rollenverteilung in unserer Gesellschaft verarmt und der Sozialhilfe anheim fällt (-).

Was die Fachöffentlichkeit anbelangt, so sind die Fachleute sehr froh, den Missbrauch erfolgreich beendet zu haben (+), und auch das Strafbedürfnis wird befriedigt (+). Die Öffentlichkeit ist ebenfalls zufrieden (+), allenfalls wird eine zu geringe oder zu wenig drastische Strafe bemängelt. Graphisch dargestellt ergibt sich das folgende Bild

Das Knast-Modell



Fazit des Knast-Modells:

Dem Täter geht es schlecht. Die Familie ist zwiespältig: einerseits sind alle froh, dass der Missbrauch beendet ist. Andererseits leiden alle unter der Inhaftierung des Ehemanns, Vaters und Ernährers, unter der Trennung, der sozialen Isolation, der Verarmung. All dies hat vielfaches psychisches Elend zur Folge; es gibt oft gegenseitige Beschuldigungen innerhalb der Familien, noch häufiger „stumme Vorwürfe“; viele Familien bereuen die Anzeige. Hinzu kommt die nicht unbegründete Angst, dass die Übergriffe nach der Entlassung des Täters wieder aufgenommen werden.

Aus psychologischer Sicht ist dieses Modell für die Inzestfamilie eine Katastrophe.

Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit sind mit diesem Modell überwiegend sehr zufrieden, was m.E. nur damit zu erklären ist, dass fast ausschließlich das sofortige Ende der Übergriffe auf die Tochter im Zentrum der Bewertung steht (und die emotionale Befriedigung darüber), nicht aber das Befinden des (ehemaligen) Opfers als ganzer Mensch und als Familienmitglied; die übrigen Familienmitglieder werden seltener beachtet.

3. Das Rotterdam-Modell

In anderen Ländern ist man (und frau) sich der Nachteile des Knast-Modells, des bloßen Wegsperrens des Täters ohne Therapieangebot und des dem Sich-selbst-Überlassens der Familie schon seit längerem erheblich bewusster und es gab seit 1989 einen Modellversuch, die Nachteile des bloßen Wegsperrens auszugleichen. Das Rotterdam-Projekt war ein Modellversuch zur Behandlung von Inzestfamilien als Ganzes. Bei diesem Modell (Bintig 1994; Kouratovsky 2004), ging es darum, Täter unter Aufschub der Gerichtsverhandlung und unter strenger Kontrolle der Justiz strikt von der Familie zu trennen und in (vorläufiger) Freiheit einer standardisierten Behandlung zu unterziehen.

Gleichzeitig sollte jedes der übrigen Familienmitglieder ein „klassisches“ Psychotherapieeinzelangebot erhalten („Mehr-Spuren-Modell“). Über das Wohl des ehemaligen Opfers im Besonderen und der Familie als Ganzem sollte ein „Case-Manager“ wachen, der auch für die Kontakte mit den zuständigen Instanzen (Krankenkassen, Gericht, Jugendamt, Sozialamt etc.) zuständig war. Der Case-Manager sollte mit Hilfe der Therapeutinnen der Tochter und der übrigen Familienmitglieder die Einhaltung des Kontaktverbotes kontrollieren.

Die kognitiv-behaviorale Behandlung der Täter erfolgte über maximal knapp zwei Jahre einmal wöchentlich. Hielt sich der Täter an die Auflagen, kam es erst später zur Gerichtsverhandlung, in die die Ergebnisse der Behandlung mit einfließen. In der Behandlung lernte der Täter, dass ihm seine Taten nicht "irgendwie passieren", sondern, dass er sie - mehr oder minder unbewusst - minutiös vorbereitet und geplant hat. Wenn er in der Lage war, dieses nachzuvollziehen, konnte er nach und nach die Verantwortung für sein Tun übernehmen. Die Kontrollenergien, die er früher in die Planung und Vertuschung der Taten aufwenden musste, konnte er für die eigene Triebkontrolle verwenden. Auch wurden die langfristigen Folgen der Taten für die Opfer (durch Ausbau von Empathiefähigkeit; vergl. Bintig 2004) verdeutlicht. (Ein solcher kognitiv-behaviorale Behandlungsansatz (vergl. z.B. Adler & Sonnabend, 1998; Beek & Kröger 1999; Bintig, 2005; Bullens, 1998; Mann 1999) ist unterdessen die gängigste Behandlungsweise in vielen Institutionen. Da der Täter in (vorläufiger) Freiheit und Arbeit verbleibt, kann er seiner Funktion als Ernährer nachkommen. Auch ein Offenlegen der Tat gegenüber der sozialen Umwelt erfolgt nicht automatisch, sondern kann abhängig gemacht werden von der Abwägung des Nutzens eines solchen Schritts für die Therapie der Tochter.

Ein wichtiger Aspekt des Projekts waren die relativ geringen zusätzlichen Kosten, die nur für den Case-Manager und die Ausbildung der Behandler anfielen: Die betroffenen Familienangehörigen werden von Therapeutinnen und Therapeuten betreut, die sowieso in verschiedenen regionalen Institutionen für diese Zielgruppe arbeiten (psychiatrische Dienste, Jugendämter, Frauenhäuser). Die Täter wurden von Behandlern beiderlei Geschlechts betreut, die formell keine approbierten Psychotherapeuten waren, sondern erfahrene, interessierte und speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestehender Institutionen, zumeist Sozialarbeiter der Bewährungshilfe.

Bevor wir die empirischen Ergebnisse des Modellversuchs berücksichtigen, betrachten wir wieder unsere Modellfamilie und versuchen abermals einzuschätzen, wie es allen („theoretisch“) gehen könnte:

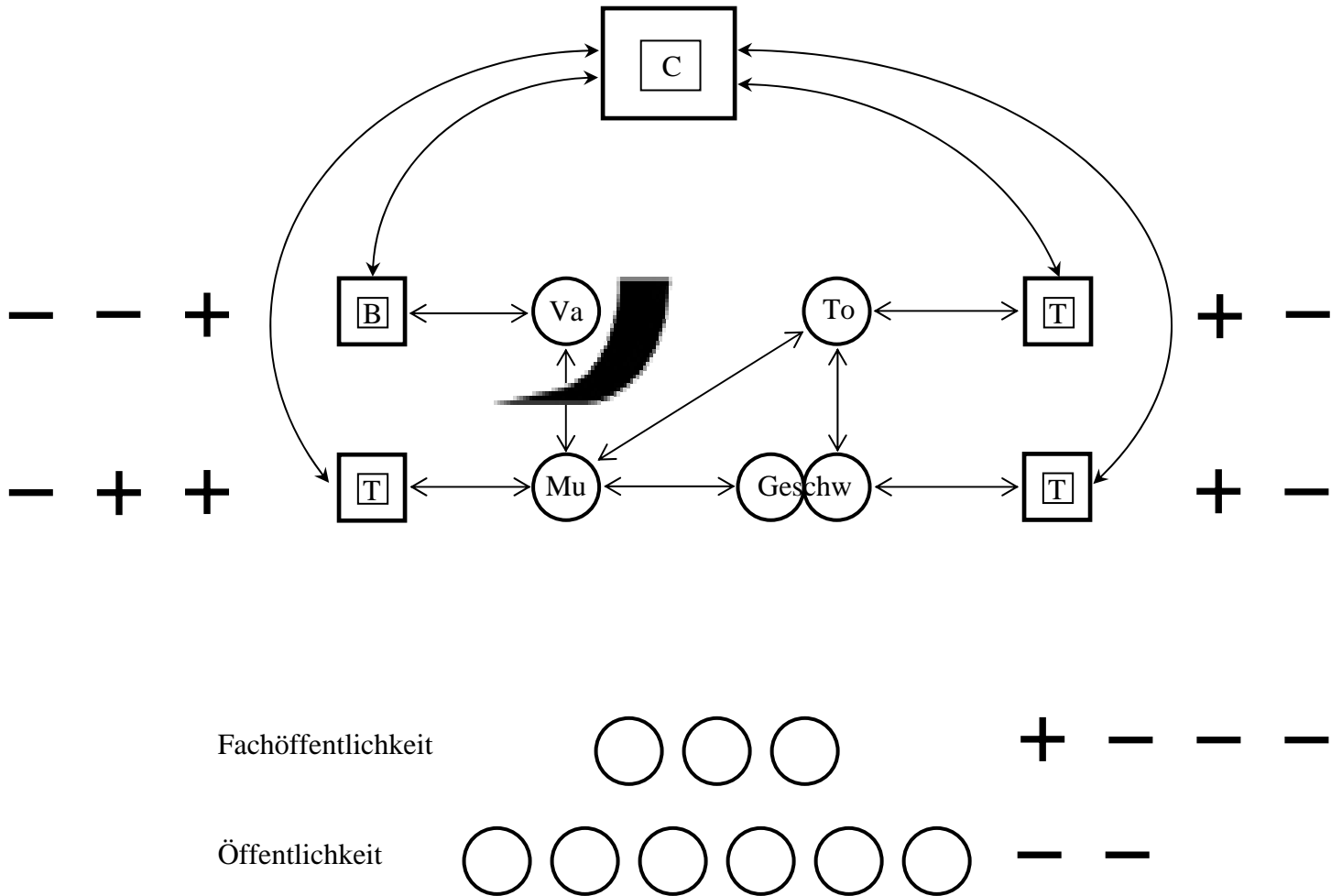
Der Täter ist zwiespältig: einerseits kann er seine Tochter nicht mehr erreichen (-) und auch die Ungewissheit über den Ausgang der aufgeschobenen Gerichtsverhandlung bleibt (-), andererseits ist er froh, nicht gleich ins Gefängnis gekommen zu sein (+). Die Tochter ist froh, dass der Missbrauch aufhört (+), sie leidet aber auch unter der Trennung vom Vater (-). Die Mutter ist einmal froh, dass der Missbrauch aufhört (+), dass ihr Mann nicht im Gefängnis einsitzt (+) und sie weiterhin - wenn auch nicht zu Hause - mit ihm Kontakt pflegen kann, wenn sie dies will (+). Die Geschwisterkinder sind ebenfalls froh, dass der Missbrauch zu Ende ist (+), sie leiden unterschiedlich unter der Trennung von Vater (-), die jedoch nach und nach aufgehoben werden kann.

Anders sieht es aus bei der Einschätzung durch die Fachöffentlichkeit: Zwar wird auch hier mit Erleichterung die Beendigung des Missbrauchs verzeichnet (+), das Misstrauen ist jedoch sehr stark, in wie weit der Täter nicht doch Mittel und Wege findet, seine Übergriffe fortzusetzen (-). Auch bleibt das Bestrafungsbedürfnis unbefriedigt (-). Daneben gibt es auch Bedenken, dass die Mittel, die für die Täterarbeit aufgewendet werden, der Opferarbeit entzogen werden (-). In der

breiten Öffentlichkeit findet das beschriebene Verfahren wenig Verständnis. Es ist kompliziert und der Täter scheint für seine Taten nicht nur nicht bestraft, sondern auch noch belohnt zu werden, dadurch, dass sich Fachleute um ihn kümmern (-). Das Bestrafungsbedürfnis bleibt völlig unbefriedigt (-).

Graphisch dargestellt ergibt sich folgendes Bild:

Das Rotterdam-Modell



Fazit des Rotterdam-Modells:

Der Familie geht es hiermit insgesamt weitaus besser als mit dem gängigen Knast-Modell. Einmal entfallen weitgehend die soziale Isolation und die Verarmung. Die Tochter hat ein weniger stark ausgebildetes schlechtes Gewissen, dem Vater und der Familie durch die Anzeige geschadet zu haben; die Mutter ist nicht völlig zur allein erziehenden Ernährerin der Familie bzw. zur Sozialhilfeempfängerin geworden. Da der Vater eine Behandlung erhält, ist zudem auch die Chance deutlich größer, dass er den Missbrauch nach deren Beendigung nicht wieder aufnimmt.

Ganz anders ist dagegen die überwiegend negative Stimmung in der (Fach-) Öffentlichkeit. Die (nicht unbegründete) Sorge um die Sicherheit der Tochter steht hier im Vordergrund. Das ungestillte Bestrafungsbedürfnis teilen sich Fachleute und Laien. Hier liegen m.E. die Gründe, warum – im Verhältnis zum Justizvollzug - relativ kostengünstige Behandlungsmodelle bislang wenig umgesetzt werden.

Soweit die Theorie. In der Praxis erfüllten sich die in das Modell gesetzten Erwartungen nicht, wie die jüngst erschienene Evaluationsstudie (Kouratovsky 2004) zeigt. Danach nahmen 1989 und 1990 67 Männer an dem Modellversuch teil; 30 wurden behandelt, 37 dienten als Kontrollgruppe. Alle wurden nach Beendigung der Behandlung und 14 Jahre später nachuntersucht.

Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Die Umsetzung der koordinierten Angebote an alle Familienmitglieder (Mehrspurigkeit) ist gescheitert.
Hierfür werden organisatorische und motivationale Gründe geltend gemacht. Einmal überschritten sich die Organisationsstrukturen von Justiz (Täterbehandlung und -kontrolle) und Gesundheitswesen (Therapie für Familienmitglieder) nur teilweise. Zum anderen verweigerten sowohl Therapeutinnen als auch etliche Familienmitglieder aus Zeitmangel und / oder aus der Sorge um die Sicherheit der ehemaligen Opfer die Mitarbeit am Modellversuch, so dass letztlich lediglich die Täterbehandlung im Rahmen der justiziellen Sanktionsandrohung durchgeführt werden konnte.
- Die Effekte der Täterbehandlung im Bezug auf das Kriterium „Rückfälligkeit“ waren statistisch nicht bedeutsam; es konnte lediglich nachgewiesen werden, dass diejenigen, die die Behandlung abgebrochen hatten, signifikant häufiger rückfällig geworden waren.
Als Gründe hierfür werden – neben den geringen Fallzahlen - vor allem der hohe Anteil an schwer persönlichkeitsgestörten Teilnehmern genannt, für die die ambulante kognitiv-behaviorale Behandlungsmethode (deren Effektivität unterdessen unbestritten scheint; vergl. Lösel 1999) keine optimale Interventionsform darstellt.

Aus der Fülle der übrigen Einzelergebnisse seien noch folgende für unsere Überlegungen relevanten Details genannt:

- Die Hälfte der Täter war vorbestraft; 15 % einschlägig.
- Von den 30 behandelten Tätern lebten zur Zeit der Taten 22 mit Kindern unter einem Dach, nach 14 Jahren war das immer noch (oder wieder) über ein Viertel (6), davon zwei Drittel auch gemeinsam mit ihren ehemaligen Opfern (4). Mit den ehemaligen Opfern hatte über ein Drittel (11) Kontakt.

Besonders letzteres ist m.E. ein wichtiges Indiz dafür, dass der Annäherung von Tätern und ehemaligen Opfern von Inzesttaten besondere professionelle Aufmerksamkeit zu widmen ist, denn dieser findet in der sozialen Realität häufiger unkontrolliert statt als das für die ehemaligen Opfer und ihre Familien gut ist und auch öfter, als wir Professionellen dies wahr haben wollen.

4. Das Aachener Modell

Trotz der vielen Vorteile für das Wohlergehen der Inzestfamilie gegenüber dem Knast-Modell hat auch das Rotterdam-Modell konzeptionell bedingte Nachteile, die uns - damals in Unkenntnis der Umsetzungsschwierigkeiten – bereits 1995 in Aachen dazu brachten, das Modell unter systemischen Gesichtspunkten weiter zu entwickeln. Im Rotterdamer Mehrspurenmodell war erst nach Beendigung der Behandlung des Täters (nach 18 bis 24 Monaten) geplant, das "System Familie" in das psychotherapeutische Angebot einzubeziehen.

Dies erschien und erscheint uns als ein viel zu später Zeitpunkt und einer unnötig eingeschränkten Intervention, geht es doch letztlich darum, die primären Opfer sofort und auf Dauer effektiv zu schützen (und auch die Wahrscheinlichkeit von Übergriffen der Täter auf andere Kinder zu verringern).

Dies erscheint uns nur dann gegeben, wenn die Familie rechtzeitig und als Ganzes in die Interventionsplanung einbezogen wird.

Um das ehemalige Opfer akut zu schützen ist es notwendig, den Täter umgehend aus der Familie zu entfernen und das Kontaktverbot zu überwachen. Neben der Inhaftierung hat sich die Go-Order in den Niederlanden weitestgehend bewährt.

Zum Zweiten muss die Familie mit dem primären Opfer gemeinsam auf eine wahrscheinlich früher oder später erfolgende und von einigen Familienmitgliedern gewünschte Annäherung des Täters an

die Familie vorbereitet und darin gestärkt werden, die Anbahnung von potentiell übergriffigem Verhalten rechtzeitig zu erkennen und gemeinsam gegenzusteuern. Dies kann aber nur gelingen, wenn in der Familie die durch den Täter zerstörte Kommunikation wieder aufgebaut und die zumeist unausgesprochenen schwelenden Vorwürfe (beispielsweise: „Du hast mich nicht geschützt!“ – „Du hast mir den Mann weggenommen!“) aufgearbeitet werden.

Zum dritten sollte eine solche Annäherung, wenn von der Familie oder einem Mitglied gewünscht, nicht „wildwüchsig“ „geschehen“, sondern unter von den Therapeuten streng kontrollierten Bedingungen stattfinden, die sich am Wohlergehen des ehemaligen Opfers zu orientieren haben.

Damit würden die Vorteile der Täter-Opfer Behandlungsmodelle und die Vorteile von systemischer Therapie kombiniert und die spezifischen Nachteile vermieden werden können.

Vorteile der Täter -Opfer- Behandlungsmodelle sind (nach Trepper & Barrett 1992, S. 39ff):

- die Verantwortung für die Tat wird eindeutig dem Täter zugewiesen,
- die Kinder werden in ihren Gefühlen ernst genommen,
- der Täter muss "zahlen",
- die Behandlung nutzt vorhandene Ressourcen.

Vorteile der systemischen Behandlung (Familienmodell) sind:

- es wird nicht nur jeweils eine Person behandelt, sondern auch die Interaktionen zwischen ihnen,
- es legt weniger Gewicht auf Schuldzuweisung und Strafe, mehr auf die Zukunft ("Wie geht es trotz des begangenen Inzests weiter?")
- durch die größere Zukunftsorientierung wirkt es präventiv auch auf künftige Generationen,
- es ist für Kinder weniger traumatisierend, wenn unter bestimmten Bedingungen auf eine Haftstrafe verzichtet werden kann,
- es unterstützt nicht nur (primär) betroffene Familienangehörige,
- die Therapie hat positive Auswirkungen auf andere Lebensbereiche.

Die kontroverse, bisweilen sehr polemisch geführte Diskussion um die in systemischen Ansätzen als bedroht angesehene Sicherheit des primären Opfers soll hier nicht aufgegriffen, wohl aber als berechtigt beachtet werden, indem im Aachener Modell ein Case-Manager durch kontinuierlichen Kontakt mit dem Behandler des Täters als auch mit den Therapeuten der Familie dem Wohl des ehemaligen Opfers seine besondere Aufmerksamkeit widmet (und ihm ggf. eine eigene Therapeutin zusätzlich vermittelt).

So werden aus meiner Sicht - sehr pragmatisch - die Vorteile eines jeden Modells miteinander verbunden.

Für die konkrete Vorgehensweise bedeutet dies nach Bekanntwerden eines Inzests (Anzeige) neben der justiziellen Handhabung des Tatverdächtigen eine aktive Werbung um die Beteiligung aller Betroffener für den Modellversuch. Dem Täter wird – soweit er geeignet erscheint - eine kognitiv-behaviorale Behandlung unter justiziell kontrollierten Rahmenbedingungen angeboten; zusätzlich muss er sich verpflichten, an einem systemischen Therapieangebot teilzunehmen, wenn dies bei den übrigen Familienangehörigen zustande kommt und die Familie dies wünscht und der Case-Manager dies für angemessen hält.

In der systemischen Therapie wird von Beginn an mit der gesamten Familie angestrebt, den Inzest aufzuarbeiten, konzeptionell etwa in Anlehnung etwa an Trepper & Barrett (1992) oder Madanes (1994). Dies schließt nicht aus, besonders zu Beginn der Therapie zunächst mit einzelnen Familienmitgliedern oder Teilsystemen therapeutisch zu arbeiten, wenn dies nötig ist. Der Case-Manager übernimmt auch die Koordination der Teiltherapien.

Wie würde es unter diesen Bedingungen den Mitgliedern „unserer“ Inzestfamilie wohl gehen?

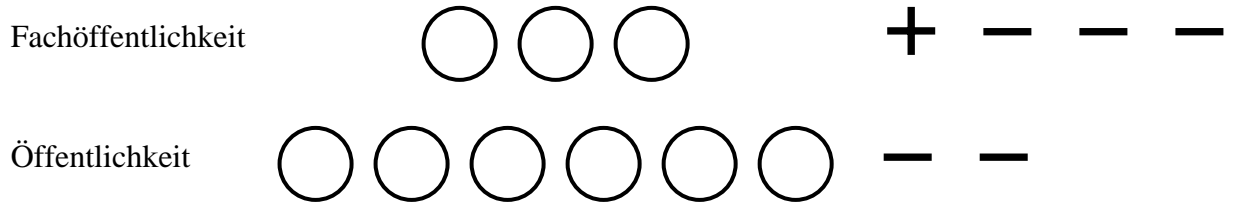
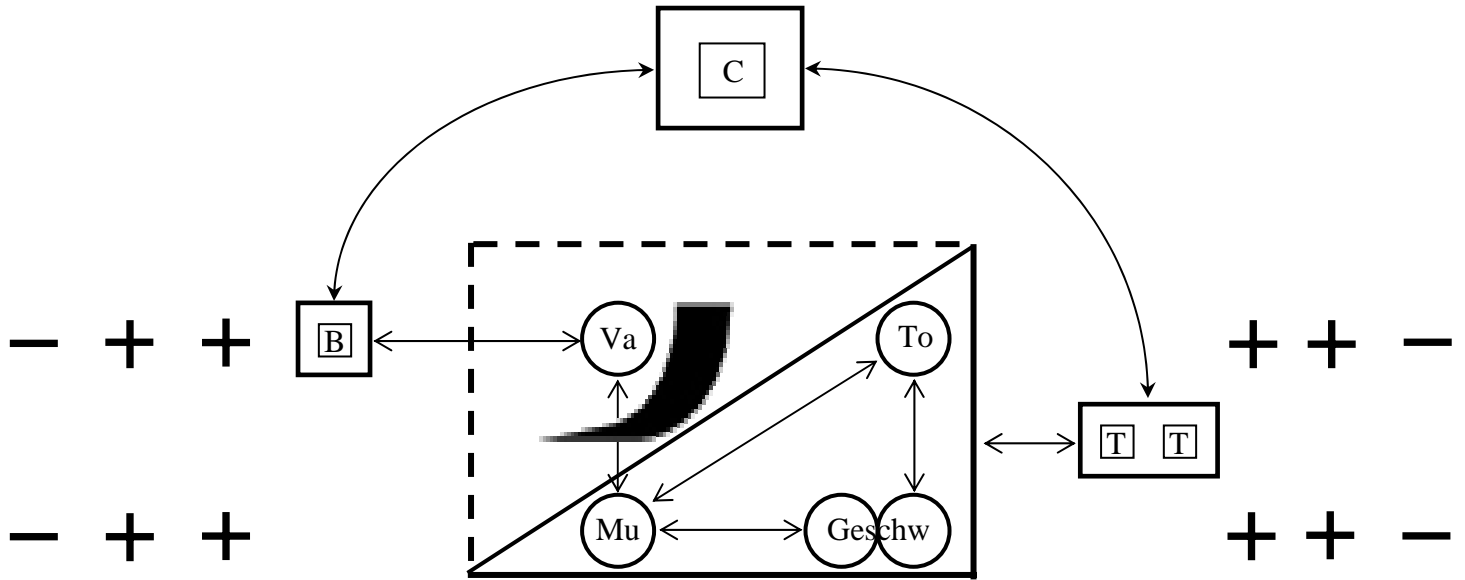
Dem Vater wird es nicht viel anders gehen als im Rotterdam-Projekt: er ist froh, nicht im Knast zu sein (+) und bedauert seine Trennung von Tochter und Familie (-). Die Familie ist durch das Beenden des Missbrauchs entlastet (+), leidet aber auch unter der Trennung vom Vater (-). Da sie aber auch als Ganzes die Möglichkeit erhält, den Inzest wie die sich daraus ergebenden Folgen aufzuarbeiten, tritt ein weiteres positives Moment hinzu: die Beziehungen der Familienangehörigen

untereinander können geklärt, gegenseitige (z.T. unausgesprochene) Vorwürfe können aufgearbeitet werden (+).

Dagegen geht es der (Fach-) Öffentlichkeit nicht anders als beim Rotterdam-Modell, die Bedenken und Emotionen zeigen sich eher noch verschärft (-).

Bildlich dargestellt ergibt sich das folgende Bild:

Das Aachener Modell



Fazit des Aachener Modells:

Das Wohlbefinden der Inzestfamilie ist - gemessen an den anderen Modellen - optimal. Die Vorteile des Rotterdam-Modells bleiben voll erhalten; hinzukommen die Chancen, den Inzest als Familienthema grundsätzlich aufzuarbeiten.

Die Fachöffentlichkeit ist bei diesem Modell noch skeptischer, zumal in dem frühen Beginn der systemischen Therapie unter späterem Einbezug des Täters neue Macht- und Missbrauchsmöglichkeiten vermutet werden. Außer Acht gelassen wird dabei aber, dass die übrigen Familienmitglieder fachlich kompetente Hilfe bekommen, mit solchen Einflussversuchen des (ehemaligen) Täters umzugehen. Sollte ein Täter sich nicht an die Auflagen halten oder - entgegen der ersten Diagnose - sich doch nicht für die Teilnahme an der Behandlung und Therapie eignen, bleibt eine Haftstrafe immer noch als letzte Möglichkeit offen.

Zusammenfassung

Ich habe Ihnen die Entwicklung des Umgangs mit Inzest und Inzestfamilien in den letzten 100 Jahren skizziert.

Zu Beginn des Jahrhunderts wurde Inzest ignoriert oder als libidinöse Phantasie des Opfers abgetan. Letzteres verstummte daraufhin oder wurde anderenfalls für „verrückt“ erklärt und oft in eine Anstalt eingewiesen, in der keine Möglichkeit bestand, den Inzest psychotherapeutisch aufzuarbeiten (**Anstalt-Modell**). Damit wurde das Opfer auch noch zusätzlich bestraft, der Täter kam ungeschoren davon, in der Familie herrschte Trauer und diffuses Unbehagen. Die Fachöffentlichkeit war mangels besseren Wissens mit dieser Interventionsform zufrieden, die Öffentlichkeit nahm keine Notiz.

Nachdem durch die Frauenbewegung die Existenz und das Ausmaß von sexuellen Übergriffen und Inzest nicht mehr zu ignorieren ist, werden heute Täter öfter angezeigt und zu Haftstrafen verurteilt (**Knast-Modell**). Psychotherapeutisch geschieht dort in der Regel nichts. Mit einer solchen Vorgehensweise gelingt es zwar, das (ehemalige) Opfer kurzfristig zu schützen, aber seine Gefühle wie auch die der Inzestfamilie sind zumindest zwiespältig. Negative Sekundärfolgen der Inhaftierung (soziale Isolierung, Verachtung und Verarmung) führen vollends zu einer überwiegend negativen emotionalen Bilanz für die Inzestfamilie. Große Teile der (Fach-) Öffentlichkeit sind mit diesem Modell einigermaßen zufrieden, vermutlich, weil der direkte, starke Schutz des ehemaligen Opfers vor sexuellen Übergriffen absolut im Vordergrund steht. Weder das Opfer als Individuum mit allen seinen widersprüchlichen Emotionen, noch die Familie als Ganzes werden dabei ausreichend berücksichtigt, genauso wenig die drohende Rückkehr des Täters in eine unvorbereitete Familie nach Beendigung der Haft.

Beim **Rotterdam-Modell** wird das Wohlergehen aller einzelnen Familienangehörigen durch Psychotherapieangebote berücksichtigt. Auch wenn der Täter nicht inhaftiert, sondern aus der Familie entfernt und behandelt wird, wird das ehemalige Opfer durch Strafandrohung gegenüber dem Täter und Kontrolle der Auflagen gleichwohl geschützt. Die Zufriedenheit aller Familienangehörige ist viel größer als beim Knast-Modell, zumal die Sekundärfolgen einer Haft in der Regel ausbleiben. Die (Fach-) Öffentlichkeit dagegen ist sehr skeptisch, was mit dazu beigetragen haben mag, dass das Modell bei seinem Umsetzungsversuch keine befriedigenden Ergebnisse gezeigt hat.

Bei dem konzipierten „**Aachener Modell**“ steht nicht nur - wie schon im Rotterdam-Modell - das Wohl des primären ehemaligen Opfers und das aller einzelnen Familienmitglieder im Zentrum der Bemühungen, sondern auch das der Familie als Ganzes. Hier ist die Möglichkeit gegeben, den Inzest mit allen seinen Auswirkungen auf die Beziehungen der Familienangehörigen untereinander aufzuarbeiten. In einem solchen Modell geht es der Familie optimal und auch die Gefahr, dass der Missbrauch nach Beendigung der Intervention vom Täter wieder aufgenommen wird, ist geringer als bei allen anderen Modellen.

Literatur

- Abel, G.G. & Rouleau, J.L. (1990). The nature and extent of sexual assault. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Babaree (eds.), *Handbook of sexual Assault*, 9-22. New York: Plenum, Press.
- Adler, F. & Sonnabend, H. (1998). Grundzüge einer kognitiv-behavioralen Therapie von Sexualstraftätern. *Praxis der Rechtspsychologie*, 1, 30-53.
- Beek, D. van & Kröger, U. (1999), No cure, but control: Die Behandlung von Sexualdelinquenten in der Dr. Henri van der Hoeven Klinik. In: G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt*, 403-427. Weinheim: Beltz.
- Bintig, A. (1994). Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern. In: M. Gegenfurtner & B. Bartsch (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: V. Hilfe für Opfer und Täter*, 131-139. Essen: Westarp Wissenschaften.
- Bintig, A. (2002). *Psychosoziale Beratung von Lebenspartnerinnen von Sexualstraftätern: Die Bedürfnisstruktur betroffener Frauen*. Köln. Forschungsbericht. (Download: <http://www.f01.fh-koeln.de/fakultaet/personen/profs/arnfried.bintig/00343/>)
- Bintig, A. (2003): *Arbeit mit Sexualstraftätern: Ein Beitrag zur Opferprävention*. In: Institut für Geschlechterstudien (Hrsg.): *Stabile Geschlechterverhältnisse in gesellschaftlichen Wandlungsprozessen*. Köln: Eigenverlag. (Tagungsdokumentation Symposium 5.12.2002) S. 77 – 89. (Download: s. Bintig 2002)
- Bintig, A. (2004): „Empathie“ in Täter - Opfer - Verhältnissen -Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 35. Jahrg., Heft 1, 2004, S. 67-82. (Download: s. Bintig 2002)
- Bintig, A. (2005): *Kognitiv-behaviorale Gruppenbehandlung von Männern, die Kinder sexuell missbraucht haben – eine Bilanz nach 5 Jahren*. Köln. (Manuskript; Download: s. Bintig 2002)
- Bullens, R. (1998). Behandlung von Sexualstraftätern in den Niederlanden. In: BMI (Bundesministerium für Inneres; Hrsg.), *Sexuelle Gewalt an Kindern*, 149-182. Wien: Eigenverlag.
- Elz, J. (2001). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Missbrauchsdelikte*. Wiesbaden: KrimZ (Kriminologie und Praxis Bd. 33)
- Kouratovsky, V. (2004): *Voorwaardelijk behandeld. Evaluatie van het project Incestdaderbehandeling Rotterdam*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- KrimZ (Kriminologische Zentralstelle; Hrsg.) (2003). *Sexualstraftäter*. www.krimz.de/projekte/laufende/sexualstraftaeter.html (vom 28.2.2003)
- Gekle, H.: Warum hat Freud die Verführungstheorie aufgegeben? In: Rutschky, K. & Wolff, R. (Hrsg.): *Handbuch Sexueller Mißbrauch*. Klein, Hamburg 1994, 157 - 172.
- Lösel, F. (1999). Behandlung und Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In: S. Höfling et al. (Hrsg.), *Auftrag Prävention*, 279-304. München: Hanns Seidel Stiftung e.V.
- Madanes, C.: *Sex, Love and Violence. Strategies for transformation*, New York 1990.
- Mann, R.E. (1999). Kognitiv-behaviorale Therapie von inhaftierten Sexualstraftätern. In: G. Deegener (Hrsg.), *Sexuelle und körperliche Gewalt*, 340-360. Weinheim: Beltz.
- Mayr, U. (2000): *Ohnmacht und Bewältigung – Gesichter des Inzests*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Unicef (2003). *Kindheit in Deutschland Aufwachsen zwischen Wohlstand und Ausgrenzung*. Köln: Eigenverlag.
- Trepper, T.S. & Barrett, M.J.(1991): *Inzest und Therapie*. Verlag modernes Lernen. Dortmund.

Anschrift des Autors: Prof. Dr. A. Bintig; FH Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, Mainzerstr. 5, 50678 Köln; Tel. 0221 3400014; e-mail: a.bintig@netcologne.de

Das Manuskript basiert auf einem Vortrag auf der Fachtagung der Pro Familia und des Ennepe-Ruhr-Kreises „Familiendynamik bei sexuellem Missbrauch“ am 14.9.2005 in Schwelm.